

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Trabajo Fin de Máster

**Esquizofrenia: Revisión bibliográfica de tratamiento y propuesta de
intervención.**

Alumna: Luz María Abatángelo.

Tutor académico: Manuel Gámez Guadix.

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.

Índice

1.	Resumen	1
2.	Introducción.	2
2.1.	Evolución conceptual de la esquizofrenia.	2
2.2.	Teorías etiológicas.....	2
2.3.	Características clínicas, curso y epidemiología.....	4
2.4.	Principales clasificaciones diagnósticas.....	5
3.	Revisión de estudios sobre tratamientos para la esquizofrenia 2010- 2016.....	6
3.1.	TCC.....	6
3.2.	Entrenamiento en Cognición Social y Habilidades Sociales (EHS).	13
3.2.1.	Introducción.	13
3.2.2.	Intervenciones en Cognición Social.....	15
3.2.3.	Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	18
3.3.	Intervención Familiar.....	22
3.4.	Terapia Psicológica Integrada (IPT).....	24
3.5.	Rehabilitación Cognitiva.....	25
3.6.	Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC).....	28
3.7.	Nuevas líneas de Tratamiento: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Mindfulness.....	31
4.	Descripción del prácticum realizado en el Hospital Dr. Rodríguez-Láfora	34
5.	Propuesta de Programa de Intervención en Cognición Social (PICOGS).....	39
5.1.	Introducción	39
5.2.	Objetivos del programa.....	40
5.3.	Diferencia con otros programas de intervención.....	41
5.4.	A quién va dirigido este programa.....	42
5.5.	Formato de aplicación	42
5.6.	Quién debe administrar el PICOGS.....	43
5.7.	Instrumentos de Evaluación.....	43

5.8.	Frecuencia de sesiones y Estructura.....	44
5.9.	Desarrollo de las sesiones del programa.	45
5.9.1.	Sesión 1: introducción y dinámica de grupo.	45
5.9.2.	Sesión 2: alegría.	47
5.9.3.	Sesión 3: tristeza.....	51
5.9.4.	Sesión 4: enfado.	55
5.9.5.	Sesión 5: miedo	60
5.9.6.	Sesión 6: asco.	64
5.9.7.	Sesión 7: sorpresa.....	67
5.9.8.	Sesión 8: Integración de contenidos	71
6.	Discusión.....	74
7.	Referencias	83

1. Resumen.

En el presente trabajo, se realizará, en primer lugar, un breve repaso de la evolución conceptual de la esquizofrenia. Abordaremos los distintos aspectos de la enfermedad incluyendo la etiología, las características clínicas, el curso, la epidemiología y las distintas clasificaciones diagnósticas. A continuación, se llevará a cabo una revisión bibliográfica sobre los tratamientos actuales de la esquizofrenia. Se recogerán las principales investigaciones actuales comprendidas desde el año 2010 a 2016. Del mismo modo, resaltaremos aquellos tratamientos que cuentan con mayor evidencia empírica y señalaremos aquellos que aún requieren más estudios. Seguidamente, se desarrollarán las tareas realizadas a lo largo del prácticum en el Hospital Rodríguez Láfora y se describirá la estructura y organización de este centro sanitario. En cuarto lugar, se presentará una propuesta de un programa de intervención que hemos desarrollado con el objetivo de abordar uno de los componentes de la cognición social que se encuentran deteriorados en la esquizofrenia: el déficit en la percepción de expresiones emocionales. Hemos denominado a este programa PICOGS (Programa de Intervención en Cognición Social). Finalmente, se recoge la discusión y las conclusiones que se extraen de este trabajo.

Abstract.

First, in this paper, a brief review on the conceptual evolution of schizophrenia will be introduced. The different aspects of this disease will be addressed, including its etiology, clinical features, course, epidemiology and different diagnostic classifications. Then, a bibliographic review about the current treatments of schizophrenia will follow. The main present research carried out between 2010 and 2016 will be summarized. Similarly, the treatments with more empirical evidence will be highlighted and those ones that require further study will be mentioned. Afterwards, there will be a development of the activities performed throughout the practicum at the Hospital Rodríguez Láfora, as well as a description of the structure and organization of this health centre. Fourth, there is an introduction of a proposal for an intervention program which was developed with the object of addressing one of the elements of social cognition that is deteriorated in schizophrenia: the perceptual deficit of emotional expressions. The above mentioned programme was called *PICOGS (Programa de Intervención en Cognición Social)*. Finally, the discussion and conclusion of this paper are presented.

2. Introducción.

La esquizofrenia es uno de los cuadros clínicos sobre los que se han puesto mayores esfuerzos de investigación, conceptualización y desarrollo de tratamientos. Con un largo recorrido en la historia de la psicología y de la psiquiatría, ha atravesado distintas conceptualizaciones y denominaciones. También se han proporcionado diversas explicaciones etiológicas acerca de este trastorno. En el presente capítulo abordaremos brevemente la evolución conceptual de la esquizofrenia, las teorías etiológicas actuales, las características clínicas, el curso y su epidemiología. Finalmente, se detallarán las diferencias en la forma de diagnosticar que presentan los principales manuales empleados en la práctica clínica.

2.1. Evolución conceptual de la esquizofrenia.

La conceptualización de la esquizofrenia ha cambiado notablemente desde que fue identificada por primera vez a finales del siglo XIX por Emile Kraepelin siendo denominada *demencia precoz* (Häfner, 2004). Posteriormente Eugen Bleuler acuñaría el término “esquizofrenia” para referirse a este trastorno, considerando como síntomas fundamentales los trastornos formales del pensamiento (Maatz y Hoff, 2014). Al igual que Kraepelin, distinguió tres formas de esquizofrenia: paranoide, hebefrénica y catatónica.

A día de hoy, ha cambiado sensiblemente tanto la forma de clasificar el trastorno como su conceptualización. De hecho, hay quienes han propuesto nuevas denominaciones para el mismo como “trastorno de ajuste” o “síndrome de susceptibilidad a la psicosis” (Park y Friston, 2013; George y Klijn, 2007 en Lemos et al. 2015). Estas propuestas tienen como objetivo ajustar su denominación a la verdadera naturaleza del trastorno, así como evitar las connotaciones negativas que ha ido adquiriendo el término esquizofrenia.

2.2. Teorías etiológicas.

Actualmente, suele aceptarse que la etiología de la esquizofrenia es multifactorial (Harper, Towers-Evans y MacCabe, 2015; Núñez et al., 2014). Sin embargo, no existe un consenso sobre el peso otorgado a los factores biológicos y ambientales y los distintos modelos explicativos otorgan mayor o menor importancia a cada uno de ellos.

Uno de los modelos con mayor consenso es el modelo de vulnerabilidad-estrés

(Morrison, Renton, Dunn, Williams y Bentall, 2012; Rudnick y Lundberg, 2012). Lo que este modelo plantea es que, para que se desarrolle la esquizofrenia deben interactuar dos factores: la vulnerabilidad del sujeto y los factores estresantes. La vulnerabilidad engloba factores genéticos que predispondrían al sujeto a contraer el trastorno. Sería una condición necesaria pero no suficiente para desarrollar el mismo. Por otro lado, los estresores son factores ambientales que contribuyen al despliegue de las potenciales vulnerabilidades, actuando como mecanismos desencadenantes del trastorno (Lemos et al. 2015). Sin embargo, no todas las personas presentan la misma proporción de vulnerabilidad de modo que algunos necesitarían de estresores más intensos o de una mayor cantidad para comenzar a presentar síntomas (Morrison et al., 2012). Además, no todos los sujetos vulnerables desarrollan el trastorno, existiendo factores moduladores como la personalidad premórbida, el ambiente o el apoyo social. Así, este modelo postula que la prevención de episodios o recaídas debe centrarse en los factores moduladores y en el control de estresores que puedan desencadenar los síntomas (Lemos et al. 2015).

Otro modelo frecuentemente aceptado es el modelo del neurodesarrollo (Lemos et al. 2015; Walker, Shapiro, Esterberg y Trotman, 2010), el cual postula que existe una vulnerabilidad que se da desde el periodo fetal debido a lesiones cerebrales tempranas. Estas lesiones se mantendrían latentes hasta la adolescencia y edad adulta, momento en que ciertos factores ambientales desencadenarían el desarrollo de sintomatología esquizofrénica (Khandaker, Zimbron, Lewis y Jones, 2013).

También se encuentran en boga actualmente una serie de modelos genéticos (Lemos et al. 2015; Zai, Robbins, Sahakian, y Kennedy, 2017). Desde esta perspectiva, habría ciertos genes de riesgo, que podrían predisponer el desarrollo de la esquizofrenia. Se piensa que son diversos los genes que contribuyen a la vulnerabilidad, existiendo variaciones genéticas que podrían suponer factores de riesgo para el desarrollo de los déficits neurocognitivos de la esquizofrenia (Zai et al., 2017). A su vez, se trataría de un cuadro con un alto grado de heredabilidad (Greenwood et al., 2016).

Otro de los modelos explicativos que cuenta con mayor apoyo es el de la hipótesis dopaminérgica (Edwards, Bacanu, Bigdeli, Moscati, y Kendler, 2016). La versión más actual de la misma, postula que la esquizofrenia se debe a una desregulación en la transmisión dopaminérgica. Dicha desregulación, originaría una hiperactividad dopaminérgica a nivel mesolímbico y una hipofunción en las áreas mesocorticales (Torres, Rodríguez y Tajima, 2016). Esto explicaría la mejora de los síntomas positivos

y el empeoramiento de los negativos al administrar antipsicóticos clásicos (que bloquean los receptores D² de dopamina).

Finalmente, cabe mencionar las teorías sistémicas entre las que destacan la teoría del “doble vínculo” de Bateson y Jackson (Cullin, 2006) la teoría de la Comunicación Desviada de Singer y Wynne (Roisko, Wahlberg, Miettunen, y Tienari, 2014) y la teoría de la Emoción Expresada de Wing, Brown, Monck y Carstairs (Fan, 2014). Todas ellas comparten la idea de que la etiología del trastorno se encuentra en patrones inadecuados de comunicación entre el paciente esquizofrénico y su la familia. De hecho, se sabe que la convivencia con familiares con alta emoción expresada (elevado número de críticas, hostilidad y sobreimplicación) está relacionada con una tasa mayor de recaídas (Torres et al., 2016)

Cabe mencionar que, dada la etiología multicausal de la esquizofrenia, las distintas teorías mencionadas pueden considerarse complementarias y no necesariamente excluyentes.

2.3. Características clínicas, curso y epidemiología.

Actualmente, suele establecerse la división de los síntomas de la esquizofrenia en positivos y negativos a raíz de los trabajos de Crow (1980) y Andreasen et al. (1995 en Peralta y Cuesta, 2001). Los síntomas positivos son experiencias extrañas o anomalías en el funcionamiento que no suelen estar presentes en personas sanas (Lemos et al. 2015). Los principales síntomas positivos son las ideas delirantes, los trastornos del pensamiento y las alteraciones en la percepción (alucinaciones) (Torres et al., 2016). Los síntomas negativos aluden al déficit o ausencia de capacidades que habitualmente están presentes en personas sin trastorno. Los síntomas negativos más importantes según el DSM- 5 (APA, 2014) son la reducción de la expresión emocional y la abulia junto con otros como la asociabilidad, alogia y anhedonia.

En cuanto a la epidemiología, la prevalencia a lo largo de la vida suele establecerse en un 1% (Núñez et al., 2014) si bien la APA (2014) alude a cifras menores entre el .3% y .7%. Si bien algunos autores indican una prevalencia similar entre ambos sexos (Torres et al., 2016), la APA (2014) aclara que la prevalencia es mayor en varones en cuanto a sintomatología negativa, mayor duración del trastorno y peor pronóstico.

La prevalencia aumenta si existen antecedentes de psicosis en familiares de primer

grado (Lemos et al. 2015), pudiendo incrementarse hasta el 10% (Torres et al., 2016). El momento de aparición varía en función del sexo, siendo entre los 20 – 25 años en varones y cerca de los 30 en mujeres (APA, 2014). Es poco frecuente el inicio antes de la adolescencia.

En lo referente al curso, éste es fluctuante con brotes y remisiones (APA, 2014; Torres et al., 2016). El trastorno puede aparecer de forma tanto aguda como insidiosa, aunque es más habitual que aparezca de forma progresiva (APA, 2014). La mayor parte de los pacientes presentan una secuencia de síntomas en 3 fases (Núñez et al., 2014): Pródromo (caracterizado por la pasividad o la conducta extravagante), Fase aguda (los síntomas se agravan, predominando los positivos) y Fase residual (caracterizada por síntomas negativos, conducta extraña, aislamiento o afecto aplanado).

El pronóstico de la enfermedad cambia en función de distintas variables (Torres et al., 2016), siendo factores de mal pronóstico un inicio insidioso, un comienzo precoz, presencia de sintomatología negativa o antecedentes familiares de la enfermedad. No obstante, la APA (2014) advierte que ni el pronóstico ni el curso se pueden predecir con exactitud. El pronóstico es favorable únicamente para el 20% de los pacientes, de los cuales unos pocos se recuperan completamente. La mayoría se cronifican o presentan un deterioro progresivo, requiriendo supervisión prácticamente de por vida (APA, 2014).

2.4. Principales clasificaciones diagnósticas.

En cuanto al diagnóstico de la esquizofrenia, la quinta edición del Diagnostic and Statisc Manual of Mental Disorders (en adelante, DSM-5) ha supuesto un notable cambio con respecto al anterior DSM-IV- TR (APA, 2001) al conceptualizarla como un trastorno dimensional. De este modo, el gran cambio es que desaparecen los antiguos subtipos de esquizofrenia de la anterior edición. Además, la catatonía queda constituida como un especificador que puede establecerse con respecto a cualquier trastorno recogido en el DSM- 5.

Con respecto a la CIE-10 (OMS, 1998), los criterios diagnósticos son bastante similares a los del DSM- 5, con la diferencia de que para el diagnóstico de esquizofrenia sólo exige un mes de sintomatología (en comparación a 6 meses en el DSM- 5) y no es necesario que se produzca una afectación de la actividad del individuo. Por otra parte, la

estructura que presenta la CIE- 10 (OMS, 1998) con respecto al diagnóstico del trastorno es más parecida a la del antiguo DSM-IV- TR (APA, 2001) que a la del DSM- 5 (APA, 2014) en cuanto a que mantiene la clasificación de los distintos tipos de esquizofrenia mientras que el DSM- 5 adopta, como ya mencionamos, por un modelo dimensional.

3. Revisión de estudios sobre tratamientos para la esquizofrenia 2010- 2016.

Actualmente encontramos diversos programas y técnicas para el tratamiento de la Esquizofrenia. A nivel general, los tratamientos de los que disponemos se pueden clasificar en:

- Tratamientos cognitivo- conductuales (TCC).
- Entrenamiento en habilidades sociales (EHSS) y cognición social.
- Intervenciones familiares psicoeducativas.
- Tratamientos multimodales (IPT).
- Rehabilitación cognitiva.
- Tratamiento Asertivo Comunitario.
- Nuevas líneas de tratamiento: Mindfulness y Terapia de Aceptación y Compromiso.

A continuación, detallaremos los estudios actuales más relevantes dentro de cada tipo de tratamiento.

3.1. TCC.

Gran parte de los tratamientos de los que disponemos en la actualidad para el tratamiento de la esquizofrenia pueden considerarse cognitivo- conductuales. Desde los más centradas en el paciente, hasta los familiares, pasando por otros más “conductuales” como el EHSS y otros más “cognitivos” como los centrados en delirios y alucinaciones (Valencia, 2012). Lo cierto es que casi todos los tratamientos, aunque se autodenominen “cognitivos” o “conductuales” acaban empleando técnicas de ambos planteamientos teóricos y por ello finalmente los denominamos cognitivo- conductuales. Sin embargo, al categorizar los tratamientos para la esquizofrenia, cuando nos referimos a los TCC, por razones prácticas, englobamos aquellos tratamientos que se centran principalmente en delirios y alucinaciones. Así lo hacen manuales de referencia como el de Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2003, 2006), siendo quizá lo más correcto referirnos a ellos como “tratamientos cognitivo- conductuales para delirios y alucinaciones”. Serán

las investigaciones referentes a estos tratamientos las que abordaremos en este apartado.

Existen multitud de trabajos sobre TCC para esquizofrenia, por lo cual hemos seleccionado 4 especialmente representativos:

- El primero de ellos (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012) se ha seleccionado por ser una amplia revisión que analiza una gran cantidad de meta-análisis sobre TCC resumiendo así información relevante.
- Existen muchos estudios que analizan la eficacia de la TCC pero son escasos los que analizan su efectividad. Por esta razón se ha escogido el segundo trabajo analizado (Lincoln et al., 2012) que examina la efectividad en la práctica clínica real de la TCC además de por su robusta metodología.
- El tercero es un importante trabajo llevado a cabo por el equipo de investigación PORT (Dixon et al. 2010) escogido por ser una vasta revisión sobre los tratamientos para esquizofrenia basados en la evidencia (incluyendo la TCC) y porque proporciona una serie de recomendaciones para la aplicación de la misma.
- El cuarto y último estudio seleccionado es una revisión llevada a cabo por Nowak, Sabariego, Świtaj y Anczewska (2016) que analiza los problemas y limitaciones experimentados por estos pacientes que son abordadas por las TCC así como la relevancia que otorga la TCC a la recuperación personal del paciente.

El primer estudio actual que hemos considerado en cuanto a la TCC para la esquizofrenia es el llevado a cabo por Hofmann et al. (2012). El objetivo del citado trabajo fue realizar una revisión de meta-análisis realizados en los últimos años examinando la eficacia de la TCC. Para ello, llevaron a cabo una búsqueda en las bases de datos PubMed, PsychInfo, and Cochrane obteniendo un total de 1,163. De ellos, se incluyeron únicamente aquellos que fueran revisiones cuantitativas sobre la TCC y se eliminaron los anteriores al año 2000. La muestra final se compuso de 269 meta-análisis, siendo el 84% de ellos posteriores a 2004. A continuación, se llevó a cabo una categorización de los estudios en función de la población y de la problemática que abordaban: esquizofrenia, depresión, distimia y trastornos bipolares, trastornos de ansiedad, trastornos somatiformes, de personalidad y de la alimentación, insomnio, ira y agresión, comportamientos criminales, estrés, angustia debido a condiciones médicas, dolor y fatiga crónico, complicaciones del embarazo y condiciones hormonales femeninas (Hofmann et al., 2012). Para cada categoría, se realizó una descripción

cuantitativa de los datos utilizando las denominaciones *pequeño*, *medio* y *grande* para designar la magnitud del tamaño del efecto.

Los resultados obtenidos en el estudio de Hofmann et al. (2012) en el caso de la TCC para la esquizofrenia mostraron un efecto significativo sobre la reducción de los síntomas positivos (e.g., alucinaciones y delirios). Del mismo modo, los datos indicaron que la TCC combinada junto con farmacoterapia muestra mejores resultados en el caso de pacientes que presentan un episodio psicótico agudo en lugar de sintomatología crónica. Sin embargo, la TCC obtuvo un efecto inferior a otros tratamientos como la intervención familiar y la atención temprana en la reducción de las recaídas o los ingresos hospitalarios (Álvarez-Jiménez et al. 2011; Bird et al., 2010; en Hofmann et al., 2012). No obstante, la TCC también mostró un efecto beneficioso sobre la sintomatología negativa, obteniendo un tamaño del efecto entre pequeño y medio. Finalmente, también presentó un tamaño del efecto intermedio sobre variables no abordadas directamente por el tratamiento incluyendo la ansiedad social, el estado de ánimo y el funcionamiento general del paciente.

Como conclusión general de los resultados obtenidos en esta revisión de meta-análisis (Hofmann et al., 2012) puede decirse que la TCC es posiblemente la forma de psicoterapia más ampliamente estudiada, aplicada a una gran variedad de trastornos y poblaciones. Con respecto a la esquizofrenia, los autores señalan que la TCC es especialmente eficaz para los síntomas positivos, pero lo es en menor medida que otros tratamientos (e.g., intervención familiar o psicofarmacología) para síntomas crónicos y la prevención de recaídas (Hofmann et al., 2012).

Los autores del segundo trabajo analizado en la presente revisión teórica (Lincoln et al., 2012) detectaron la carencia de investigación sobre la efectividad en la práctica clínica de la TCC. Por ello el objetivo de este estudio fue comprobar si la TCC aplicada de forma ambulatoria en la práctica clínica es efectiva en la reducción de la sintomatología general de pacientes con trastornos psicóticos. En primer lugar, se obtuvo una muestra representativa de 80 pacientes de la práctica clínica rutinaria con criterios de inclusión mínimos (e.g., tener un diagnóstico de esquizofrenia, esquizoafectivo, trastorno delirante o trastorno psicótico breve) sin excluir en función de patrones de síntomas, trastornos de personalidad comórbida o patrones de medicación.

Respecto al diseño (Lincoln et al., 2012), el trabajo consistió en un estudio

unifactorial intersujeto de bloques aleatorios en el que se comparó el grupo al que se aplicó TCC y el grupo control, que simplemente permaneció en lista de espera. Se tomaron medidas pre y post- tratamiento en ambos grupos. Finalmente, se tomó una medida de seguimiento al cabo de un año del grupo de TCC (Lincoln et al., 2012). Tanto la TCC como la condición “lista de espera” tuvieron una duración de 4-5 meses.

La asignación de los sujetos al grupo de tratamiento TCC o de lista de espera se realizó mediante un procedimiento de bloques aleatorios en función de la puntuación total obtenida en la escala PANSS (Kay, Fiszbein, y Opler, 1987) que podía ser alta (≥ 75), media (54-74) o baja (≤ 53).

La TCC utilizada en este estudio se basó en los trabajos de los pioneros en TCC para esquizofrenia (Chadwick, Birchwood, y Trower, 1996; Fowler et al., 1995; Kingdon y Turkington, 1994 en Lincoln et al., 2012). Se utilizaron estrategias cognitivas (e.g., desafío de ideas irracionales) y técnicas conductuales (e.g., estrategias de afrontamiento) para cambiar los factores desencadenantes y de mantenimiento de los síntomas y aumentar la percepción de control. También se emplearon la resolución de problemas, el entrenamiento de habilidades sociales, la exposición, el cuestionamiento socrático.

Los principales instrumentos de evaluación utilizados fueron los siguientes (Lincoln et al., 2012): PANSS (Escala de Sintomatología Positiva y Negativa); PDI (Inventario de Delirios de Peters et al.); SCL- 90 (Inventario de Síntomas de Severidad Global Revisado); BDI (Inventario de Depresión de Beck).

En cuanto a los resultados, los análisis estadísticos realizados para comparar las medidas post- tratamiento y post- lista de espera entre ambos grupos mostraron una clara mejora del grupo TCC con respecto al grupo control. Concretamente, se encontró un efecto significativo a favor del grupo TCC en la reducción de la puntuación total del PANSS y de la escala de síntomas positivos. En el PDI, se produjo una reducción significativa en escala de Preocupación y en la escala de Convicción. También se redujo la psicopatología general y la sintomatología depresiva mientras que la capacidad funcional aumentó significativamente.

En lo referente a la significación clínica de los cambios en el trabajo de Lincoln et al. (2012), el tratamiento presentó un tamaño del efecto moderado (0.5) en la mayoría de variables excepto en el SCL- 90 y el PDI donde los tamaños del efecto fueron de

pequeños a moderados (de 0.3 a 0.5). No hubo un efecto significativo del tratamiento sobre los síntomas negativos. La mayoría de los cambios se mantuvieron en el seguimiento al cabo de un año presentando el 71% de los pacientes una mejora significativa en al menos una escala del PANSS.

Como conclusión al estudio de Lincoln et al. (2012) podemos decir que la TCC para esquizofrenia es significativamente superior al no tratamiento (lista de espera) en la mejora de sintomatología positiva, depresión, psicopatología general y capacidad funcional manteniendo esta mejora en el seguimiento al cabo de un año. Sin embargo, la aplicación de la TCC no supone una mejora significativa sobre la sintomatología negativa en la práctica clínica.

El tercer trabajo que consideramos relevante con respecto a la TCC para la esquizofrenia es el que ha llevado a cabo el *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team* (PORT) (Dixon et al. 2010). El objetivo de este estudio fue el proporcionar una serie de recomendaciones para el tratamiento de la esquizofrenia para lo cual llevaron a cabo un resumen de los tratamientos actuales basados en la evidencia empírica. Se realizó una revisión de la literatura para un total de 8 áreas de tratamiento incluyendo TCC, Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), Empleo Asistido, Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), Economía de Fichas, Terapia Familiar, Alcohol y Abuso de Sustancias y Pérdida de Peso (Dixon et al. 2010). Para cada área se realizaron búsquedas en las bases de datos MEDLINE y PsychInfo del periodo de 2002 a 2008 utilizando como términos de búsqueda los métodos de tratamiento, los nombres de los tratamientos concretos y el término “esquizofrenia”. También se consultó a un Comité Asesor y a un panel de expertos y sólo se incluyeron los artículos en inglés.

Tras la revisión de los estudios seleccionados por Dixon et al. (2010), había dos posibilidades. En primer lugar, que se reunieran los criterios de evidencia suficiente para incluir una recomendación de tratamiento. Esto suponía que la eficacia de dicho tratamiento debía haber sido replicado por un grupo de investigación independiente de los creadores de la intervención. Además, el estudio debía ser un ensayo controlado aleatorizado.

Por otro lado, estaban los tratamientos para los cuales se determinó que la evidencia no era suficiente para poder realizar recomendaciones. En este caso, se redactó un apartado que describe la intervención, las fortalezas de investigación actual y

donde se justificaron las razones por las cuales no se podían proporcionar indicaciones para aplicar dichos tratamientos (Dixon et al. 2010).

En cuanto a las recomendaciones indicadas en la aplicación de la TCC para la esquizofrenia, la primera de ellas fue que su formato puede ser tanto grupal como individual y debe durar entre los 4 y 9 meses (Dixon et al. 2010). Los investigadores del PORT apuntan a que los principales elementos de la TCC son la identificación junto con el paciente de los síntomas a tratar y la utilización de técnicas cognitivo-conductuales específicas para abordar dichos problemas o síntomas (Dixon et al. 2010). Los autores también concluyen que la TCC es eficaz aplicada junto con farmacoterapia en la reducción de delirios y alucinaciones, síntomas negativos e incluso en la mejora del funcionamiento social. Sin embargo, señalan que en algunos de los trabajos revisados (e.g., Barrowclough et al., 2006; Wykes et al., 2005) no encontraron una mejora significativa en estas variables. Además, consideran que el efecto de la TCC sobre la sintomatología depresiva, la desesperanza, el suicidio o el número de hospitalizaciones no queda claramente establecido (Dixon et al. 2010) siendo pocos estudios los que examinan estas variables (e.g., Bateman, Hansen, Turkington y Kingdon, 2007; Turkington et al. 2008 en Dixon et al. 2010).

Como conclusión del estudio de Dixon et al. (2010) en lo que respecta a la TCC, puede afirmarse que la investigación disponible proporciona recomendaciones concretas para la aplicación de esta terapia en la práctica clínica y que dichas recomendaciones se consideran con suficiente evidencia empírica como para ser consideradas.

El cuarto estudio analizado ha sido una reciente revisión llevada a cabo por Nowak et al. (2016). Estos autores señalan que las revisiones actuales sobre TCC en esquizofrenia se centran mayoritariamente en la reducción de los síntomas sin abarcar el conjunto de dificultades que experimentan estos pacientes. Por ello, el objetivo de este trabajo fue realizar una revisión de los problemas y limitaciones experimentados por estos pacientes que son abordadas por las intervenciones cognitivo-conductuales tradicionales y las de “tercera generación” (e.g., Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia cognitiva basada en Mindfulness). También se examinó la existencia de terapias cognitivo-conductuales que se centraran en la recuperación personal y su efectividad.

Se realizó una búsqueda sistemática utilizando Medline y PsycINFO de estudios en inglés publicados entre 2009 y 2015 con población adulta con un mínimo del 50% de

la muestra con un trastorno del espectro de la esquizofrenia diagnosticado (Nowak et al. 2016). El diseño debía ser un ensayo controlado aleatorizado, emplear TCC y tener como variable la esquizofrenia. Tras seleccionarse los artículos a texto completo y filtrar según el criterio de exclusión se obtuvo una muestra total de 50 artículos.

Según los resultados obtenidos, la mayoría de los estudios analizados fueron llevados a cabo en Europa ($n = 31$), involucrando a 3213 participantes mayoritariamente hombres (58.9%) (Nowak et al. 2016). Sólo 14 estudios informaron de la duración de la enfermedad siendo la media entre 3.1 y 17.7 años. Según la herramienta de evaluación de calidad del Proyecto de Práctica de Salud Pública Eficaz (Thomas, Ciliska, Dobbins, y Micucci, 2004) los autores determinaron que el 4% de los estudios presentaban una alta calidad, un 38% una calidad moderada y el 58% una baja calidad. La razón principal para determinar esta baja calidad fue la falta de información en cuanto a la selección de la muestra y el bajo control de variables extrañas. Treinta y cinco estudios se consideraron de TCC tradicional y quince de “tercera generación”.

En cuanto a las áreas de la esquizofrenia abordadas por los estudios que analizaron Nowak et al. (2016), sólo los estudios de TCC tradicional abordaron los dominios de actividad y participación (empleo, relaciones con los otros y adherencia al tratamiento). La TCC tradicional se centró principalmente en funciones del pensamiento ($n = 18$), funcionamiento de la percepción ($n = 16$), seguidas del estado de ánimo depresivo ($n = 14$) y la ansiedad ($n = 8$). Las intervenciones de "tercera generación" se centraron en mayor medida en funciones emocionales como la depresión ($n = 7$) en lugar de las funciones de la percepción ($n = 4$) o de pensamiento ($n = 3$).

Sólo 7 estudios se centraron en la recuperación personal (social o funcional). En cuanto a su efectividad, estas intervenciones presentaron los mejores resultados en las funciones emocionales: depresión, ansiedad, humor, aplanamiento afectivo y anhedonia. Asimismo, también se presentaron mejoras en las funciones motrices, en las alucinaciones, delirios, funciones del lenguaje y problemas interpersonales. Además, tuvo lugar una mejora en la psicopatología general y los síntomas positivos. Respecto del ámbito de actividad y participación, se produjeron mejoras en el funcionamiento laboral y la participación en las relaciones sociales.

Como conclusión del trabajo de Nowak et al. (2016), pocos estudios de TCC para esquizofrenia presentan entre sus objetivos la recuperación funcional del paciente,

centrándose la mayoría de ellos en los síntomas, los déficits y las funciones mentales afectadas. Los autores indican un desajuste entre lo abordado mediante la TCC y el conjunto de los problemas que presentan los pacientes con esquizofrenia (Nowak et al. 2016). Como mejora para futuros estudios resulta relevante centrar la intervención en la recuperación personal y no sólo en la reducción de síntomas, adoptando así una perspectiva de recuperación más amplia que incluya también la participación activa del paciente.

En la tabla 1 se recoge en resumen de los trabajos analizados sobre TCC para esquizofrenia.

3.2. Entrenamiento en Cognición Social y Habilidades Sociales (EHS).

3.2.1. Introducción.

Los déficits en las relaciones sociales forman parte de las características definitorias de la esquizofrenia. El DSM- 5 (APA, 2014) incluye estas deficiencias sociales y de funcionamiento en el criterio B del trastorno, señalando que una o más ámbitos importantes como las relaciones sociales, el trabajo o el cuidado de uno mismo se encuentran alterados. En definitiva, estos pacientes tienen una falta de habilidades para llevar una vida de forma competente e independiente, englobando las relaciones laborales, familiares y con los otros (Ursano et al., 2004 en Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado, Ribas-Sabaté y Lemos-Giráldez, 2017). Debido a lo incapacitante de estas limitaciones y a la necesidad de abordarlas, en los últimos años ha ido creciendo el interés por los déficits cognitivo- sociales en la esquizofrenia (Bliksted, Videbech, Fagerlund y Frith, 2017). La disfunción social de la esquizofrenia se considera compuesta de un déficit en cognición social y en competencia social (Rus-Calafell et al., 2017). La cognición social engloba las operaciones mentales que están detrás de las interacciones sociales e incluyen ser capaz de inferir intenciones y actitudes en los otros (Brothers, 1990 en Roberts, Penn y Combs, 2016). Por su parte, la competencia social, incluye las habilidades de comunicación verbal y no verbal necesarias para la correcta interacción social (Dickinson, Bellack, y Gold, 2007).

Abordaremos en primer lugar los trabajos sobre cognición social y, a continuación, los EHS que se centran más en el aspecto de las competencias sociales.

Tabla 1. Resumen de estudios sobre TCC para la esquizofrenia.

Autores y año	País	Tipo de diseño	Muestra	Tratamiento	Duración	Resultados
Hofmann et al. (2012)	Estados Unidos (Universidad de Boston)	Revisión de Meta-análisis.	269 meta- análisis. 18 sobre TCC para esquizofrenia.	Terapia Cognitivo-Conductual		La TCC resulta eficaz para la sintomatología positiva, pero en menor medida que otros tratamientos (e.g., intervención familiar) para síntomas crónicos y prevención de recaídas.
Lincoln et al. (2012)	Alemania (Universidad de Marburgo)	Intersujeto de bloques aleatorios.	80 pacientes con esquizofrenia	Terapia Cognitivo-Conductual	5 meses	La TCC es superior al no tratamiento en la mejora de síntomas positivos, depresión, psicopatología general y capacidad funcional manteniendo esta mejora en el seguimiento a un año. Sin embargo, la TCC no supuso una mejora significativa sobre la sintomatología negativa.
Dixon et al. (2010)	Estados Unidos (Universidad de Maryland)	Revisión sistemática.	Estudios basados en la evidencia de 2002 a 2008.	TCC, TAC, Empleo Asistido, EHS, Economía de Fichas, Terapia Familiar, Alcohol y Abuso de Sustancias.		La TCC presenta suficiente evidencia empírica. Existen recomendaciones concretas para su aplicación basadas en la evidencia.
Nowak et al., (2016)	Polonia (Instituto de Psiquiatría y neurología de Sobieskiego)	Revisión sistemática.	50 estudios publicados entre 2009 y 2015.	Terapia Cognitivo-Conductual.		La mayoría de los trabajos con TCC (n= 43) se centran en la reducción de síntomas. Sólo 7 estudios se centraron en la recuperación personal y funcional del paciente.

3.2.2. Intervenciones en Cognición Social.

Como hemos comentado, el número de investigaciones sobre cognición social en esquizofrenia está aumentando. Entre los estudios actuales, hemos elegido dos de ellos especialmente interesantes. El primero es el de Roberts et al. (2014). Este trabajo ha sido seleccionado, en primer lugar, porque pone a prueba uno de los programas que hemos tomado como referencia para elaborar la propuesta de Intervención de Cognición Social que hemos realizado y que se expondrá más adelante. En segundo lugar, resulta relevante por su metodología (es un estudio aleatorizado controlado) y porque el programa que emplean se encuentra manualizado (Roberts, Penn y Combs, 2016) y presenta resultados prometedores. El segundo trabajo es el de Kurtz et al. (2016), seleccionado por ser una revisión de estudios sobre el tratamiento de los déficits cognitivo sociales. El trabajo de Kurtz et al. (2016), como veremos, es especialmente relevante porque revisa un total de 16 estudios y muestra el estado actual de la cuestión acerca de las intervenciones en cognición social en la actualidad.

Los autores del primer trabajo seleccionado (Roberts et al., 2014) son los creadores de un programa de intervención denominado Entrenamiento en Interacción y Cognición Social (EICS) que ha mostrado resultados positivos en entornos comunitarios (Roberts, Penn, Labate, Margolis, y Sterne, 2010). También ha sido probado con éxito por distintos investigadores en países como Austria, Turquía o España (Bartholomeusz et al., 2013; Lahera et al., 2012; Tas, Danaci, Cubukcuoglu, y Brune, 2012). Sin embargo, estos estudios presentan limitaciones como, por ejemplo, el reducido tamaño de la muestra. Por lo tanto, el objetivo del trabajo de Roberts et al. (2014) fue el de llevar a cabo un estudio aleatorizado controlado para poner a prueba la eficacia de su programa.

La muestra se compuso de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, de entre 25 y 60 años y con dificultades en la interacción con los demás evaluada mediante la Escala de Funcionamiento Social de Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake (1990). Se excluyeron los pacientes con un CI inferior a 80 y aquellos que presentaban trastornos por consumo de sustancias. De los 137 contactados previamente, 66 cumplieron los requisitos y constituyeron la muestra final.

Los sujetos se asignaron al azar a la condición de tratamiento (que recibió el EICS) o a la condición control y se realizaron mediciones al inicio, después del

tratamiento y a los 3 meses. Los sujetos de la condición control recibieron un tratamiento “habitual” consistente en una combinación de farmacoterapia, psicoterapia individual y grupal. El EICS, por su parte, es una intervención llevada a cabo por dos terapeutas en grupos de máximo 8 sujetos con una duración de 20 a 24 sesiones semanales. Este programa está compuesto por tres bloques de 8 sesiones: introducción y trabajo de emociones, comprensión de situaciones sociales e integración y consolidación. Emplea una combinación de psicoeducación, práctica de habilidades, juegos de estrategia, reducción de sesgos en cognición social y tareas para casa.

Para medir la gravedad de la sintomatología se emplearon el PANSS (Escala de Síndrome Positivo y Negativo) y la Escala de Medición de Cognición para Esquizofrenia (SCoRS) que proporciona una estimación de la neurocognición global.

Para medir la percepción emocional se utilizaron la Tarea de Identificación Facial de Emociones (FEIT) y la Tarea de Discriminación Facial de Emociones (FEDT; Kerr y Neale, 1993) así como el Test de Reconocimiento Emocional de caras (Kohler et al., 2005). La teoría de la Mente (ToM) se midió con la Tarea de Hinting (Corcoran, Mercer y Frith, 1995). El sesgo atribucional se evaluó con el Cuestionario de Hostilidad de Intenciones Ambiguas (AIHQ-A; Combs, Penn, Wicher, y Waldheter, 2007). El funcionamiento cognitivo social se midió con la Escala de Cognición Social Observable (OSCARS; Healey, Roberts, Combs, y Penn, 2012).

Las habilidades sociales se midieron con la Evaluación del Rendimiento de Habilidades Sociales (SSPA; Patterson et al., 2001) y la Escala de Funcionamiento Social Global (GSFS, Cornblatt et al., 2007). También se midió la calidad Social y Laboral mediante el Cuestionario de Calidad de Vida (QLS; Heinrichs, Hanlon, y Carpenter, 1984). Al final del tratamiento, los participantes del grupo experimental completaron una evaluación sobre el EICS, incluyendo comprensión de la información, y la utilidad del tratamiento.

En cuanto a los resultados, en cognición social el grupo de tratamiento presentó una mejora con respecto al control en el FEDT ($d = .27$), no manteniéndose este efecto en el seguimiento. No hubo mejoras significativas en el resto de medidas, salvo en Hostilidad, donde el tamaño del efecto a favor del grupo experimental fue de .25, manteniéndose en el seguimiento.

En el funcionamiento social, se obtuvo un tamaño del efecto de .38 a favor del

grupo experimental, manteniéndose estos efectos en el seguimiento ($d=.43$). En cuanto a las habilidades sociales, el grupo EICS mostró mejores resultados que el grupo control ($d=.31$), no manteniéndose esta mejora en el seguimiento.

En cuanto al PANSS, el grupo EICS mostró menor sintomatología negativa en el seguimiento ($d=.38$), no siendo así en la escala general ni en la de síntomas positivos. Finalmente, en torno al 60% de los participantes informaron que el tratamiento había sido muy útil para relacionarse, no respondiendo ningún paciente con una puntuación negativa.

Como conclusión al estudio de Roberts et al. (2014), los resultados indican que el EICS es viable y bien tolerado por los participantes. Este tratamiento puede suponer mejoras en el funcionamiento social, síntomas negativos e incluso en el sesgo de atribución hostil. Sin embargo, el EICS no mostró mejores resultados que el grupo control en la mejora de la percepción de las emociones o en la ToM. Esto es inconsistente con anteriores trabajos (e.g., Combs et al., 2007; Roberts y Penn, 2009) y puede deberse a que la percepción emocional se aplica al principio del tratamiento y de forma poco intensiva. Una posible mejora podría ser aumentar el entrenamiento en percepción emocional durante y al final del tratamiento. Estudios anteriores con el EICS (Combs et al., 2007; Roberts et al., 2010) mostraron mejoras en la ToM pero con pacientes con un peor funcionamiento, lo cual indica que el EICS puede tener mejores efectos en pacientes más deteriorados que en aquellos con un mejor funcionamiento.

El segundo trabajo seleccionado es el de los autores Kurtz et al. (2016), el cual tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática sobre los programas de Intervención en Cognición Social. Concretamente, se pretendió comprobar si este tipo de programas son eficaces para mejorar la cognición social; si son aplicables únicamente a unos ámbitos específicos de la misma, o a varios simultáneamente; y finalmente, si estos tratamientos suponen mejoras en otros síntomas.

En lo que respecta al método, los artículos incluidos en el análisis se obtuvieron a través de una búsqueda en Google Scholar y MEDLINE combinando las siguientes palabras clave: SCIT, SCST, “social cognition and interaction training”, “social cognitive training” y “schizophrenia” (Kurtz et al., 2016). Las mediciones de la cognición social se agruparon en cuatro grandes categorías: percepción de la emoción, percepción social, teoría de la mente y estilo atribucional.

Un total de 16 estudios fueron seleccionados, incluyendo únicamente aquellos que contaban con grupo control, empleaban un tratamiento exclusivamente de cognición social y hubieran sido publicados entre 1980 y 2014. En estos estudios, se identificaron seis modelos diferentes de intervención: Entrenamiento en Interacción y Cognición Social, Entrenamiento en Habilidades Cognitivo- Sociales, Programa de Habilidades sociales y Metacognitivas, Entrenamiento en Cognición Social, Programa de Enriquecimiento Instrumental y Entrenamiento en Emoción y Teoría de la Mente.

En cuanto a los resultados en las medidas de cognición social, 12 de los 16 estudios proporcionaron medidas sobre la identificación de emociones faciales (e.g., Bechi et al., 2012) siendo la media ponderada del tamaño de efecto grande ($d=.87$). Cuatro estudios analizaron la percepción social (e.g., Choi, Kim, Lee y Green 2009), siendo la media ponderada del tamaño del efecto grande ($d=1.29$). Trece estudios incluyeron medidas de la ToM (e.g., Gil-Sanz et al., 2014), obteniendo una media ponderada del tamaño del efecto mediana- grande ($d=0.70$).

En cuanto a los síntomas positivos, los efectos de las intervenciones en cognición social no fueron significativos, mientras que los efectos sobre los síntomas negativos (e.g., Horan et al., 2011) presentaron tamaños del efecto de pequeños a moderados ($d=0.32$).

En referencia a las medidas de rendimiento cognitivo, las intervenciones en cognición social obtuvieron un tamaño del efecto grande ($d=1.70$) en medidas como las funciones ejecutivas, incluyendo habilidades como planificación y selección (e.g., Mazza et al., 2010).

En conclusión, al trabajo de Kurtz et al. (2016), de los estudios revisados se desprende que el entrenamiento en Cognición Social supone mejoras en sus componentes (identificación emocional, percepción social y ToM). También supone mejoras en el rendimiento cognitivo y leves mejoras en los síntomas negativos. Sin embargo, este tipo de tratamiento no parece adecuado para tratar la sintomatología positiva.

3.2.3. Entrenamiento en Habilidades Sociales.

En este apartado, hemos seleccionado el trabajo de Granholm, Holden, Link y McQuaid (2014) por su metodología (estudio aleatorizado controlado) y por hallar

resultados interesantes que apuntan a una mejora de la sintomatología negativa con el empleo del EHS. El EHS se abordará también más adelante en el apartado de Rehabilitación Cognitiva a través una gran revisión sistemática llevada a cabo por (Lyman et al., 2014).

El objetivo del trabajo de Granholm et al. (2014) fue el de poner a prueba el Entrenamiento en Habilidades Sociales Cognitivo- Conductual (EHS) en una muestra de pacientes con esquizofrenia. Para ello, se realizó un estudio aleatorizado controlado con dos grupos. Uno de ellos recibió el EHS y el grupo control recibió un tratamiento consistente en un simple Contacto de Apoyo (CA).

A diferencia de otros estudios que se centran en pacientes mayores (≥ 50) y de mediana edad, la muestra de este trabajo consta de personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo con edades entre los 18 a 65. La muestra final se compuso de 149 sujetos, 73 de la condición experimental y 76 de la condición de control.

Los sujetos de ambas condiciones experimentales recibieron 36 sesiones semanales de terapia grupal durante la fase de tratamiento (9 meses), y a continuación 12 sesiones mensuales. Las terapias de grupo tenían una duración media de 2 horas. Se tomó una línea base y se realizaron evaluaciones a mitad del tratamiento, al finalizar, y en los seguimientos a los 6 y 12 meses.

El EHS estaba dividido en tres módulos: habilidades cognitivas, habilidades sociales y habilidades para resolver problemas. El objetivo principal de esta terapia fue el de mejorar las habilidades de comunicación, simulando situaciones en las que se debían adoptar diferentes roles, aprender a escuchar, expresar sentimientos positivos y negativos.

Por su parte el CA (la condición de control) consistió en apoyar el aprendizaje en materias tales como el desempeño en la vida diaria, el aprendizaje, el trabajo y la socialización. Aquí las sesiones consistieron en simular situaciones de estrés controladas para que los sujetos aprendieran a afrontarlas, tras las cuales tenía lugar una charla grupal.

En lo que respecta a los instrumentos de evaluación, se midieron diversas variables como la habilidad para vivir independientemente, las competencias sociales, la rehabilitación psicosocial, la sintomatología positiva y negativa y las actitudes derrotistas.

En cuanto a los resultados, se encontraron mejoras significativas en el grupo de EHS con respecto al grupo control en los síntomas negativos (baja motivación) y las

actitudes derrotistas. Además, el grupo EHS mostró una mayor adquisición de habilidades tras acabar el tratamiento. Para estas variables, el tamaño del efecto en el seguimiento a 12 meses fue de medio ($d=0.32$) a grande ($d=2.40$). Por otro lado, ambos grupos experimentales obtuvieron mejoras en la competencia social y en la sintomatología positiva, no habiendo diferencias significativas de un grupo con respecto a otro.

En cuanto a las variables de funcionamiento, El grupo EHS presentó mejoras significativas al final del tratamiento con respecto al grupo control en las habilidades para vivir de forma independiente y una mayor involucración en actividades educativas. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la proporción de participantes hospitalizados, viviendo de forma independiente y trabajando de forma remunerada. Finalmente, no hubo diferencias en la adherencia al tratamiento entre el grupo experimental y el grupo control.

En conclusión, con respecto al estudio de Granholm et al. (2014), este tipo de tratamiento resulta eficaz para mejorar distintas habilidades de los pacientes con esquizofrenia. La mejora de los sujetos tanto después del tratamiento como en el seguimiento fue, en general, más positiva en el grupo EHS que en el CA.

Finalmente, es importante señalar que el estudio de Granholm et al. (2014), según los autores, es el primer ensayo clínico que demuestra una mejoría en los síntomas negativos al aplicar EHS. Además, esta mejoría se reducía únicamente a un aumento en la motivación del paciente. Por ello, resulta precipitado recomendar el EHS para intervenir sobre los síntomas negativos, al menos hasta que los resultados sean replicados.

En la tabla 2 se recoge en resumen de los trabajos revisados sobre las intervenciones de Cognición Social y sobre EHS para esquizofrenia.

Tabla 2. Resumen de estudios sobre Intervenciones de Cognición Social y EHS para la esquizofrenia.

Autores y año	País	Tipo de diseño	Muestra	Tratamiento	Duración	Resultados
Roberts et al. (2014)	Estados Unidos (Universidad de Texas)	Estudio aleatorizado controlado.	66 pacientes con esquizofrenia.	Entrenamiento en Interacción y Cognición Social (EICS).	6 meses.	El EICS supone mejoras significativas en el funcionamiento social, los síntomas negativos y en el sesgo de atribución hostil. No hubo diferencias significativas entre grupo experimental y control en percepción emocional y ToM.
Kurtz et al. (2016)	Estados Unidos (Universidad Wesleyana)	Revisión sistemática.	16 estudios controlados.	Intervenciones de Cognición Social.		El Entrenamiento en Cognición Social supone mejoras significativas en todos sus componentes (identificación emocional, percepción social y ToM) así como en el rendimiento cognitivo y leves mejoras en los síntomas negativos. No supone mejoras significativas sobre los síntomas positivos.
Granholm et al. (2014)	Estados Unidos (Universidad de California, San Diego)	Estudio aleatorizado controlado.	149 sujetos con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.	Entrenamiento en Habilidades Sociales.	9 meses.	El grupo experimental obtuvo mejoras significativamente superiores al grupo control en los síntomas negativos (baja motivación) y las actitudes derrotistas así como una mayor adquisición de habilidades. No hubo diferencias entre ambos grupos en competencia social y sintomatología positiva.

3.3. Intervención Familiar.

Se sabe que la persona que padece Esquizofrenia no es la única que sufre la enfermedad. Las familias habitualmente informan de una alta sobrecarga debido al cuidado del paciente. Además, los familiares suelen presentar niveles altos de crítica, sobreimplicación y hostilidad (Valencia, 2012). Éstos son los componentes de la denominada Emoción Expresada y resultan ser un fuerte predictor del número de recaídas del paciente (Vallejo, 2012). Las Intervenciones Familiares se pueden aplicar desde la fase de estabilización de la enfermedad y tienen como objetivo proporcionar psicoeducación sobre el trastorno, realizar un adecuado manejo de los síntomas, reducir la carga familiar y potenciar un clima cálido en la familia del paciente (Jiménez, Martínez, Portillo y Villena, 2016; Pérez et al., 2006).

Dos trabajos actuales se han seleccionado sobre este tipo de intervención. El primero de ellos (Palli, Kontoangelos, Richardson y Economou, 2015) se ha seleccionado por ser uno de los primeros en examinar la efectividad de la Intervención Familiar Grupal, una variante de esta intervención orientada a grupos grandes de familiares que resulta interesante por su eficiencia pero que ha sido poco estudiada. El segundo (Onwumere, Grice y Kuipers, 2016) se ha seleccionado por ser una revisión narrativa del estado actual de aplicación de la Intervención Familiar. Proporciona importante información acerca de la deficiente aplicación de este tratamiento pese a la gran evidencia empírica que acumula.

Los autores del primer trabajo seleccionado (Palli et al., 2015), se propusieron como objetivo examinar la efectividad de la Intervención Familiar Grupal en población griega. La versión grupal de la Intervención Familiar fue inicialmente propuesta por Berkowitz, Kuipers y Leff (1981) con la diferencia de que se aplica a grupos de familiares de pacientes con esquizofrenia y únicamente se proporciona psicoeducación a éstos sin incluir de forma paralela al paciente. Este tipo de intervención parece reducir la tasa de hospitalizaciones y mejora el funcionamiento del paciente además de disminuir la carga en los familiares y aliviar síntomas de depresión y ansiedad (Sota et al., 2008; Yamaguchi et al., 2006). Sin embargo, apenas existen estudios sobre su efectividad en las variables examinadas en este trabajo: cohesión familiar, sobrecarga familiar, sintomatología depresiva de los familiares, conducta agresiva del paciente e impacto en las actividades diarias.

Palli et al. (2015) reclutaron una muestra de 135 familiares de personas que debían cumplir criterios de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. 85 sujetos formaron parte de la condición experimental y 50 de la condición control (lista de espera). Al final de estudio los sujetos de la condición control también recibieron el tratamiento. Éste consistió en 18 sesiones grupales de 14 a 18 sujetos. Se trabajaron contenidos como los mitos y conocimiento de los familiares acerca de la esquizofrenia, resolución de problemas y habilidades de comunicación con el paciente.

Los resultados de las pruebas *t* realizadas mostraron un aumento significativo de la cohesión familiar a favor del grupo experimental que se mantuvo en el seguimiento al cabo de un año. También se obtuvo una reducción significativa del sentimiento de carga en las familias del grupo experimental, así como en el comportamiento agresivo del paciente y el impacto en las actividades diarias manteniéndose dichos resultados en el seguimiento. Finalmente, el grupo experimental mostró una mejora gradual significativa en la sintomatología depresiva. Dicha mejora no se encontró en el grupo control.

En conclusión, en cuanto al estudio de Palli et al. (2015), los datos parecen indicar que Intervención Familiar Grupal es una buena opción de tratamiento. Este formato de intervención produce un efecto beneficioso en las familias de pacientes con esquizofrenia mejorando la cohesión familiar, aliviando la carga y mejorando los síntomas depresivos en los familiares.

El segundo estudio incluido (Onwumere, Grice y Kuipers, 2016) consiste en una revisión narrativa sobre la aplicación actual de las Intervenciones Familiares. Estos autores remarcan que este tipo de tratamiento cuenta con multitud de estudios confirmando tanto su eficacia como su efectividad para la reducción de recaídas, Emoción Expresada hospitalizaciones y funcionamiento del paciente (e.g., Pharoah, Mari, Rathbone, y Wong, 2010; Ruggeri et al., 2015). Sin embargo, señalan que, pese a la evidencia que acumula la Intervención Familiar, es sorprendentemente mal implementada y poco utilizada por lo profesionales de la salud mental pública. En Inglaterra, por ejemplo, sólo en el 1,6% de los casos se ofrece esta intervención y es finalmente aplicada en un 1,1% de ellos (Haddock et al., 2014 en Onwumere et al., 2016). Según los autores, entre las causas se encuentran la falta de tiempo para aplicar la terapia, ya que normalmente requiere de 2 profesionales para aplicarse y son necesarias horas extra de trabajo para asistir a las familias. Las primeras soluciones que

se han dado a ese problema en Inglaterra y que están dando buen resultado (Onwumere, 2016) pasan porque la intervención sea llevada a cabo por clínicos especializados en esta terapia y la puesta en marcha de unidades específicas de Terapia Familiar.

La conclusión que extraen los autores de esta revisión (Onwumere, 2016) es que el éxito en la aplicación de la Terapia Familiar no parece depender simplemente de ampliar la formación de esta terapia en los profesionales sino también de una coordinación adecuada en su implementación. Como mínimo, indican que cada equipo de salud mental debería contar con al menos un profesional especializado que lideraría las intervenciones y garantizar un sistema que permita realizar un seguimiento de calidad a largo plazo.

3.4. Terapia Psicológica Integrada (IPT)

La IPT (Roder. Brenner, Hodel, 1996) es un programa de tratamiento conductual para la esquizofrenia que se compone originalmente de 5 módulos de intervención: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y solución de problemas interpersonales. Posteriormente, se añadieron 3 módulos más: entrenamiento en manejo de emociones, entrenamiento en manejo laboral y de ocio y el programa de entrenamiento orientado al afrontamiento (Vallejo, 2012). La terapia se aplica de forma grupal (5-7) pacientes, tres veces por semana con una duración mínima de 3 meses. Es considerada como una terapia bien establecida para la esquizofrenia (Pérez, 2006; Vallejo, 2012).

Entre los trabajos existentes, abordaremos brevemente la IPT mediante una revisión que hemos considerado especialmente relevante por su rigor y la representatividad de la muestra de trabajos revisados. La mencionada revisión fue llevada a cabo por Roder, Mueller, y Schmidt (2011) sobre un total de 36 estudios independientes y 1601 pacientes con esquizofrenia. Los estudios comprendían población de un total de 12 países de América, Asia y Europa. Veinte de los estudios emplearon la asignación aleatoria de los pacientes a las condiciones experimentales y todos ellos salvo 5 emplearon grupo experimental y grupo control.

Las conclusiones que se desprenden de este trabajo (Roder et al., 2011) son que los pacientes sometidos a IPT en comparación con aquellos que permanecen en el grupo control muestran una mejora significativa en todas las variables que son objetivo de esta

intervención: cognición social, neurocognición, funcionamiento psicosocial y sintomatología negativa. Además, esta mejoría se mantiene en el seguimiento en un promedio de 8 meses. Los autores también señalan que se obtienen mejores resultados cuando se aplican los 5 módulos. Estos datos reflejan la amplia evidencia que acumula la IPT y su robustez a lo largo de una amplia variedad de características de la muestra (tanto en gravedad de los síntomas como en el país de origen).

3.5. Rehabilitación Cognitiva.

Bajo el término Rehabilitación Cognitiva se incluyen las intervenciones dirigidas a tratar los problemas cognitivos que se relacionan con la sintomatología negativa de la esquizofrenia. Mediante diversas tareas y ejercicios el objetivo es intervenir sobre el procesamiento de la información, las funciones ejecutivas, la atención, la planificación o la memoria. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Las terapias más importantes dentro de la rehabilitación cognitiva son la Terapia de Remediación Cognitiva (TRC) y la Terapia de Potenciación Cognitiva (TPC).

La TRC (Wykes et al., 2007), consta en 40 sesiones de una hora que se realizan 3 días por semana en las que se trabajan memoria, funciones ejecutivas y atención. Se basa en 3 principios: enseñar estrategias para procesar la información de un modo más eficiente, individualizar la terapia y transferir los aprendizajes al mundo real.

La TPC se implementa a lo largo de 18 meses y consiste en 60 horas de formación informática orientada a mejorar la atención, la resolución de problemas y la memoria. (Wojtalik et al., 2016). A esto, se suman 45 sesiones grupales donde se trabajan habilidades sociales y regulación emocional.

Algunos autores como Dixon et al. (2010) consideran la rehabilitación cognitiva con insuficiente apoyo empírico. Pérez (2006), por su parte, no la menciona con terapia bien establecida. Vallejo (2012) apunta a que existen datos contradictorios dado que la rehabilitación cognitiva consigue mejoras en el funcionamiento social y ejecutivo, atención y memoria pero que estas mejoras no se generalizan al funcionamiento social y los síntomas del trastorno. Sin embargo, Lyman et al. (2014), al realizar una revisión donde aborda distintos tratamientos, considera que la rehabilitación cognitiva posee una alta evidencia empírica.

El trabajo de Lyman es una gran revisión sistemática que aborda todos los

tratamientos denominados “Entrenamientos de Habilidades” (Lyman et al., 2014). Para estos autores, los Entrenamientos de Habilidades abarcan todos los tratamientos que trabajan los problemas del paciente esquizofrénico a través de la práctica de una serie de habilidades que se encuentran deterioradas. Estos tratamientos son, en mayor parte, los que se han ido revisando hasta ahora en el presente trabajo: TCC, EHS y de la Vida Diaria, IPT y la Intervención en Cognición Social. La Rehabilitación Cognitiva también se incluye dentro de este grupo. Por tanto, consideramos adecuado abordar este tipo de tratamiento a través del trabajo de Lyman et al. (2014). Las conclusiones de este estudio servirán de cierre para este gran grupo de tratamientos.

El trabajo de Lyman et al., (2014), como hemos adelantado, consiste en una revisión sistemática sobre los “Entrenamientos en Habilidades” cuyo objetivo fue analizar el nivel de evidencia y la eficacia del EHS y de la Vida Diaria, la intervención en Cognición Social, la Rehabilitación Cognitiva, la TCC y la IPT.

En cuanto el método y la estrategia de búsqueda, se revisaron estudios y metaanálisis desde 1995 hasta 2013 en las principales bases de datos incluyendo PubMed, PsycINFO. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: entrenamiento en habilidades, remediación cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales.

La revisión se centró en estudios llevados a cabo en Estados Unidos, incluyendo de otros países siempre y cuando estuvieran publicados en inglés. Se incluyeron estudios aleatorizados controlados (EAC), estudios cuasi- experimentales, estudios grupales, metaanálisis y revisiones sistemáticas. Se utilizaron tres niveles de evidencia (alto, moderado y bajo) para indicar la calidad general de la investigación en cada área.

En cuanto a los resultados, en lo referente al EHS, Lyman et al. (2014) afirman que posee un alto nivel de evidencia como se desprende de algunos trabajos como la revisión realizada por Kurtz y Mueser (2008) sobre un total de 23 Estudios Aleatorizados Controlados (ECAs). En cuanto a su efectividad, el estudio más exhaustivo realizado hasta el momento es también el de Kurtz y Mueser (2008), que encontró efectos moderados del EHS en la mejora de las habilidades sociales y de la vida diaria y síntomas negativos, y efectos más pequeños pero significativos para la prevención de recaídas y otros síntomas. Sin embargo, en otro trabajo realizado por Kopelowicz, Liberman y Zarate (2006), se concluye que las revisiones y metaanálisis existentes no acumulan evidencia suficiente de los efectos positivos del EHS sobre las

tasas de recaída, los síntomas psicóticos y la calidad de vida de los pacientes.

En cuanto al Entrenamiento de Habilidades de la Vida Diaria, la revisión de Abersman y Logsdon (2011) demuestra que la efectividad de este tipo de tratamiento combinado con EHS es alta. Estos resultados se contraponen al desacuerdo encontrado en anteriores estudios (Tungpunkom y Nicol, 2008) que sugerían una evidencia insuficiente para este tipo de tratamiento. A pesar de estos conflictos, los datos indican que los entrenamientos para mejorar las habilidades de la vida cotidiana son un tratamiento efectivo, al menos si se combina con EHS.

Respecto al entrenamiento de la cognición social, Lyman et al. (2014) señalan que solo existe un metaanálisis que indique un nivel de evidencia alto (Kurtz y Richardson, 2012). Sin embargo, en el presente trabajo, en el apartado de cognición social, revisamos un estudio posterior de los mismos autores (Kurtz et al., 2016), donde de nuevo se confirma un buen nivel de evidencia para las intervenciones de cognición social. No obstante, Lyman et al. (2014) señalan que existe una gran heterogeneidad tanto en las áreas específicas que abordan como en la metodología que emplean. También señalan la variabilidad en la duración de los tratamientos, lo cual hace complicado recomendar una forma específica de aplicar este tratamiento.

En cuanto a la Rehabilitación Cognitiva, en dos metaanálisis recientes (McGurk, Twamley, Sitzler, McHugo y Mueser, 2007; Wykes, Huddy, Cellard, McGurk y Czobor, 2011) se encontraron tamaños del efecto intermedios en las medidas de cognición y de funcionamiento diario. Uno de esos metaanálisis (Wykes et al., 2011) contaba con más de 40 ECAs. Por tanto, según Lyman et al. (2014), la Rehabilitación Cognitiva posee un alto nivel de evidencia. Además, los estudios de seguimiento demuestran que, al menos, la mitad de los efectos de la Rehabilitación Cognitiva sobre las habilidades cognitivas se mantiene en el seguimiento a los ocho meses. Por desgracia, la heterogeneidad de las estrategias empleadas para llevar a cabo la Rehabilitación Cognitiva hace difícil ofrecer recomendaciones sobre intervenciones específicas (Lyman et al., 2014).

En cuanto a la TCC, ésta ha sido avalada por más de 33 ECAs (Wykes, Steel, Everitt y Tarrier, 2008) considerando los autores que posee una alta evidencia. En concreto, la revisión llevada a cabo por Wykes et al. (2008) demostró los beneficios de la TCC sobre los síntomas positivos y negativos, el estado anímico y la ansiedad social.

En referencia a la IPT, 21 ECAs fueron incluidos en el estudio de Roder et al.

(2011) mostrando un alto nivel de evidencia. Una revisión realizada por Mueser et al. (2013) añadió nueva información a favor de la IPT. Por otro lado, un metaanálisis anterior de Roder et al. (2006) encontró mejoras significativas en las habilidades neurocognitivas y sociales en comparación con los grupos control. La IPT también supuso mejoras significativas sobre la cognición social, así como sobre los síntomas positivos y negativos y sobre la sintomatología general (Roder et al. 2006). Por todo ello, Lyman et al. (2014) consideran que la IPT posee un nivel de evidencia alto.

Como conclusión a la revisión de Lyman et al. (2014), podemos afirmar que el Entrenamiento de Habilidades representa un importante grupo de tratamientos para la esquizofrenia y que, en general, poseen un alto nivel de la evidencia sobre su efectividad. Por otro lado, los datos parecen indicar que se pueden conseguir mejores resultados al combinar distintos tratamientos simultáneamente. Posiblemente por ello, la IPT parece lograr un mayor nivel de efectividad.

En la tabla 3 se recoge el resumen de los trabajos revisados sobre Intervención Familiar, IPT y Rehabilitación Cognitiva.

3.6. Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)

El TAC es un tratamiento multidisciplinar individualizado que se lleva a cabo en la comunidad del propio paciente. Se proporciona una asistencia cercana e intensa, con una ratio de 1 terapeuta por cada 10 pacientes frente al ratio normal de 1 por cada 30 (Lemos et al. 2015). El paciente dispone de asistencia 24 horas y todos los equipos funcionan de forma coordinada, desde profesionales de salud mental hasta especialistas en rehabilitación laboral o abuso de sustancias (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Se realizan sesiones con alta frecuencia junto con medicación e incluyendo a las familias. El paciente que más se beneficia del TAC es aquel mayor de edad, con sintomatología grave, con múltiples ingresos hospitalarios, alto riesgo de recaídas y en situación de desventaja social (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Tabla 3. Resumen de estudios sobre Intervención Familiar, IPT y Rehabilitación Cognitiva para la esquizofrenia.

Autores y año	País	Tipo de diseño	Muestra	Tratamiento	Duración	Resultados
Palli et al. (2015)	Grecia (Instituto Universitario de Investigación en Salud Mental)	Cuasi-experimental con grupo experimental y control.	135 familiares de personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.	Intervención Familiar Grupal.	18 semanas.	El grupo experimental presentó una mejora significativa con respecto al control mejorando la cohesión familiar, aliviando la carga emocional y disminuyendo los síntomas depresivos en los familiares.
Onwumere et al. (2016)	Inglaterra (Instituto <i>King's College</i> , Londres)	Revisión narrativa.		Intervención Familiar.		La Intervención Familiar es infrautilizada en Inglaterra: sólo en el 1,6% de los casos se ofrece esta intervención y es finalmente aplicada en un 1,1% de ellos. Para mejorar su futura aplicación, se propone una mayor organización en su implementación y que cada equipo de salud mental cuente al menos con un profesional especializado en Terapia Familiar.
Roder et al., (2011)	Suiza (Universidad de Bern)	Revisión sistemática.	36 estudios aleatorizados controlados.	Terapia Psicológica Integrada (IPT).		La IPT es significativamente superior al grupo control en cognición social, neurocognición, funcionamiento psicosocial y sintomatología negativa. Esta mejora se mantiene en el seguimiento en un promedio de 8 meses.
Lyman et al. (2014)	Estados Unidos (<i>DMA Health Strategies</i>)	Revisión sistemática.	Estudios aleatorizados controlados, cuasi-experimentales, estudios grupales, metaanálisis y revisiones sistemáticas.	Rehabilitación Cognitiva, Entrenamiento en Habilidades de la Vida Diaria, Entrenamiento en Cognición Social. TCC, EHS e IPT.		Todos los tratamientos revisados se consideran con un alto nivel de evidencia con las siguientes consideraciones: El Entrenamiento en Habilidades de la Vida Diaria es efectivo si se combina con EHS; La variabilidad en la duración y aplicación de las Intervenciones de Cognición Social y la Rehabilitación Cognitiva dificultan la recomendación de una forma específica de aplicación.

En cuanto a la literatura disponible sobre el TAC, una búsqueda en las principales bases de datos como Psycinfo con el término *Assertive Community Treatment* permite comprobar que no existen apenas estudios recientes que examinen este tratamiento específicamente en la esquizofrenia. Por el contrario, el TAC suele aparecer englobado dentro de los denominados Tratamientos Psicosociales para trastornos mentales severos (Altamura, Fagiolini, Galderisi, Rocca, y Rossi, 2015; Ye et al., 2016). Además, ni Pérez (2006) ni Vallejo (2012) lo citan como tratamiento bien establecido. No obstante, el estudio PORT (Dixon et al. 2010), que recogimos en la revisión sobre TCC, si lo considera con evidencia suficiente como para proporcionar recomendaciones sobre el mismo. Teniendo en cuenta lo mencionado, nos remitiremos a los resultados que recoge dicho estudio sobre este tipo de tratamiento. Téngase en cuenta que, incluso los trabajos revisados por Dixon et al. (2010) sobre el TAC, son relativamente antiguos habiéndose realizado la mayoría en torno al año 2000. Esto es otro indicador más de la escasez de trabajos recientes sobre TAC para la esquizofrenia.

Recordemos que el estudio PORT (Dixon et al. 2010) consiste en una amplia revisión de los tratamientos actuales basados en la evidencia para la Esquizofrenia. Entre ellos, los autores recogen el TAC. Señalan que su aplicación está recomendada para pacientes en riesgo social, con repetidas hospitalizaciones o que han perdido su hogar. Dixon et al. (2010) señalan que este tipo de tratamiento, en vez de centrarse en la patología o en los síntomas, enfatiza las fortalezas del paciente en su adaptación a la comunidad. En lo referente a la evidencia acumulada por el TAC, los estudios muestran su eficacia en la reducción del número de días de hospitalización en comparación con las condiciones control (e.g., Dekker et al., 2002; Lehman et al., 1999). Además, los sujetos asignados a las condiciones de TAC en comparación con los grupos control parecen utilizar menos servicios de emergencia. Algunos estudios analizados en esta revisión han encontrado que los pacientes tratados con TAC informan de una reducción de los síntomas y una mayor adherencia (Hamernik y Pakenham, 1999) así como una mayor satisfacción con el mismo (Ziguras y Stuart, 2000). Sin embargo, sólo unos pocos estudios han señalado estos beneficios, no siendo por el momento concluyentes.

Por otro lado, también se han encontrado que el TAC favorece la consecución de un hogar estable por parte de los pacientes. Un meta análisis llevado a cabo por Coldwell y Bender (2007) señala que el TAC consigue que hasta del 37% de los pacientes consigan un hogar.

En cuanto a la mejora del empleo por parte del TAC, hay una gran heterogeneidad en la inclusión de programas de empleo en los distintos estudios. No obstante, se ha encontrado que los pacientes tratados con TAC presentan mayores posibilidades de obtener un empleo remunerado y de trabajar de forma competitiva (e.g., Chandler, Spicer, Wagner y Hargreaves, 1999). Además, los sujetos que recibieron TAC rindieron mejor en su trabajo y fueron contratados durante más tiempo en comparación con las condiciones control (McFarlane et al., 2000).

En conclusión, las aportaciones del estudio PORT (Dixon et al. 2010) con respecto al TAC indican que es una buena opción de tratamiento para un perfil de paciente en riesgo social, sin trabajo o sin hogar y con sucesivos ingresos hospitalarios. Precisamente, el TAC parece mejorar tanto la situación laboral como la consecución de un hogar estable, al mismo tiempo que refuerza el contexto del paciente con un apoyo integral y continuado.

3.7. Nuevas líneas de Tratamiento: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y *Mindfulness*

Las terapias de tercera generación más importantes empleadas en psicosis son la ACT y el entrenamiento en *Mindfulness* (Lemos et al., 2015). Estos planteamientos terapéuticos no se centran tanto en la modificación o eliminación de los síntomas o alucinaciones sino en cambiar la relación que el paciente establece con los mismos (Nowak et al., 2016), bien mediante la aceptación activa de los mismos (ACT) o bien sin juzgarlos ni asignarles un significado (*Mindfulness*).

Según la ACT, los síntomas psicóticos se mantendrían debido, precisamente, a los repetidos intentos de controlarlos y suprimirlos (Lemos et al., 2015). Evitar o suprimir lo que nos desagrade paradójicamente conlleva que aparezca todavía con más intensidad. Para trabajar esta evitación la ACT emplea la aceptación activa de los síntomas y el compromiso con los valores, así como técnicas de *mindfulness*. El objetivo es lograr la flexibilidad psicológica, que incluiría trabajar 6 elementos: la defusión con los pensamientos, la aceptación de los síntomas, el compromiso y clarificación de valores, focalizarse en el momento presente y verse a uno mismo enmarcado en un contexto concreto (Hayes, Villatte, Levin, y Hildebrandt, 2011).

El *mindfulness* o conciencia plena consiste en una forma más sana y neutra de

afrontar y valorar todos los aspectos de la vida. Puede definirse como el proceso de prestar atención al momento presente, sin juzgar los pensamientos o acontecimientos que suceden (Kabat-Zinn, 2003). Aunque existen variaciones de esta terapia (Lemos et al., 2015), todas ellas tienen como objetivo trabajar la atención y meditación potenciando las emociones positivas, reduciendo las negativas y mejorando el bienestar (Brown, Ryan y Creswell, 2007).

Sobre la ACT para la esquizofrenia apenas existen estudios. La mayoría son estudios preliminares o propuestas de intervención de los cuales aún se está comprobando su eficacia (e.g., Thomas et al., 2014). Ante esta situación, hemos seleccionado un reciente estudio pre- post realizado Johns et al. (2016) que, aunque presenta limitaciones por su diseño, se trata del primer estudio que investiga la ACT grupal para la psicosis. Sobre *mindfulness* para esquizofrenia, al existir un número mayor de estudios, hemos seleccionado el trabajo de Aust y Bradshaw (2017) por ser una revisión sistemática que incluye gran cantidad de información unificada y reciente.

Mencionaremos brevemente lo fundamental de estos dos trabajos y las conclusiones que se extraen de los mismos.

El estudio de Johns et al. (2016), como hemos comentado, es el primer estudio que se ha propuesto comprobar la eficacia de la ACT grupal para la esquizofrenia. Concretamente, el objetivo fue el de comprobar si esta terapia era bien aceptada por los pacientes y realizar una evaluación preliminar de los efectos positivos de este tratamiento.

Se realizó un diseño pre- post intrasujeto. El tratamiento consistió en una adaptación grupal de la ACT para psicosis denominada *ACT for Life* y que se encuentra manualizada por los propios autores (Oliver, Morris, Johns y Byrne, 2011). Esta intervención consiste en 4 talleres semanales de 2 horas diseñados para promover la flexibilidad psicológica en respuesta a los síntomas, pensamientos y emociones. Con esto, se persigue el objetivo de que los pacientes puedan actuar de acuerdo a sus valores.

Se tomaron dos medidas pre (primero una y luego otra a las 4 semanas) y dos medidas post (tras finalizar el tratamiento y a las 20 semanas).

Los resultados indicaron una mejora significativa tras el tratamiento tanto en el funcionamiento (laboral, social y familiar) como en sintomatología ansiosa y depresiva

con tamaños del efecto de pequeños a medios. En cuanto a los procesos de la ACT, se produjo una reducción significativa de la evitación experiencial y una mayor aceptación. Se redujo la fusión cognitiva y mejoraron las habilidades de mindfulness manteniendo estos resultados en el seguimiento. Además, las mejoras producidas en los síntomas y el funcionamiento resultaron estar relacionadas significativamente con las mejoras en los procesos de la ACT. Finalmente, los pacientes indicaron una alta satisfacción con el tratamiento.

Las conclusiones que se extraen del estudio de Johns et al. (2016), pese a sus limitaciones metodológicas, es que la implementación de ACT grupal parece ser bien aceptada por los pacientes con psicosis y consigue mejoras tanto en variables emocionales como de funcionamiento. Los pacientes se mostraron participativos y realizaron las tareas entre sesiones posiblemente debido a la corta duración del programa y su enfoque en la vida basado en los valores.

El segundo estudio seleccionado es una revisión sistemática sobre *mindfulness* para la psicosis (Aust y Bradshaw, 2017). Este estudio pretende responder a la cuestión de si los Tratamientos con Mindfulness (TM) son más efectivos que el tratamiento habitual. Para ello se seleccionaron un total de 11 estudios de los 2805 encontrados en búsquedas realizadas en las bases de datos Medline, Embase, PsycInfo. Se incluyeron únicamente ECAs que incluyeran en la intervención un elemento de entrenamiento en *mindfulness* incluyendo la Terapia de reducción del Estrés Basada en Mindfulness, la TCC basada en Mindfulness, la ACT y la terapia Centrada en la Compasión.

Los beneficios obtenidos por los TM son amplios y varían de un estudio a otro en función de las medidas que cada estudio considera. Por ejemplo, de 8 estudios que midieron sintomatología positiva, sólo 3 reportaron una mejora significativa en esta variable en el grupo de TM respecto al grupo control (e.g., Gaudiano y Herbert, 2006). Dos de los tres estudios que midieron el número de reingresos hospitalarios encontraron beneficios a favor del TM (e.g., Chien y Thompson, 2014). Dos de los tres estudios que midieron sintomatología negativa reportaron beneficios a favor del grupo de TM (e.g., White et al., 2011). De cuatro estudios que midieron conciencia de enfermedad, dos hallaron resultados significativos a favor del TM (e.g., Chien y Thompson, 2014). Dos de los cuatro estudios que midieron funcionamiento, encontraron mejoras significativas a favor del TM (e.g., Shawyer et al., 2012). Dos de los tres estudios que midieron

sintomatología global hallaron mejoras significativas a favor del TM (e.g., Braehler et al., 2013). De cuatro estudios que midieron *Mindfulness*, tres reportaron mejoras significativas a favor del grupo de TM (e.g., White et al., 2011). Finalmente, de cuatro estudios que midieron aceptación, dos hallaron tamaños del efecto de pequeños a moderados en esta variable a favor del grupo de TM (Shawyer et al., 2012).

En conclusión, a la revisión de Aust y Bradshaw (2017), podemos observar una gran variabilidad en los resultados obtenidos entre los diferentes estudios que analizan los autores. Los resultados, en general, apuntan a que el TM supone un beneficio significativo para los pacientes. Además, en ninguno de los estudios analizados se encontraron efectos adversos lo que indica que este tipo de intervenciones se pueden administrar con seguridad si se adaptan a las necesidades de cada grupo de pacientes.

En la tabla 4 se recoge el resumen de los trabajos revisados sobre ACT y *Mindfulness* para la esquizofrenia.

4. Descripción del prácticum realizado en el Hospital Dr. Rodríguez-Láfora

A continuación, se detallan las actividades realizadas durante las practicas correspondientes al Máster de Psicología General Sanitaria en la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados del Hospital Dr. Rodríguez-Láfora. Allí se realizaron aproximadamente 350 horas de prácticas entre el 1 de febrero y 30 de abril de 2017. El Hospital está ubicado en Cantoblanco, en el norte de Madrid. Se trata de un centro psiquiátrico donde se reciben pacientes que padecen trastornos psiquiátricos y psicológicos para brindarles una atención especializada. Los pacientes provienen de las zonas 3, 4 y 5 de la comunidad de Madrid. Por otro lado, en el hospital consta de varias unidades. En cada una de ellas, se atienden diferentes patologías, siendo los más predominantes la esquizofrenia, el retraso mental, los trastornos de la personalidad y los trastornos orgánicos.

El hospital posee 350 camas en funcionamiento distribuidas entre las diferentes Unidades. Los profesionales se distribuyen de la siguiente manera: 22 médicos psiquiatras, 4 médicos internistas, 1 médico de salud laboral, 1 farmacéutico, 3 psicólogos clínicos, 20 residentes (medicina, psicología y enfermería), 14 fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, 260 enfermeras y auxiliares de enfermería, y 272 personal no sanitario.

Tabla 4. Resumen de estudios sobre ACT y *Mindfulness* para la esquizofrenia.

Autores y año	País	Tipo de diseño	Muestra	Tratamiento	Duración	Resultados
Johns et al. (2016)	Inglaterra (<i>South London and Maudsley NHS Foundation Trust</i>)	Pre- post intrasujeto.	69 sujetos con esquizofrenia.	ACT grupal.	1 mes.	Mejora significativa tras el tratamiento en el funcionamiento (laboral, social y familiar), en sintomatología ansiosa y depresiva. En los procesos de la ACT, se produjo una reducción significativa de la evitación experiencial y una mayor aceptación. Además, se redujo la fusión cognitiva y mejoraron las habilidades de mindfulness manteniendo estos resultados en el seguimiento.
Aust y Bradshaw (2017)	Reino Unido (Universidad de Manchester)	Revisión sistemática.	11 estudios aleatorizados controlados.	<i>Mindfulness</i> para esquizofrenia.		El Tratamiento con Mindfulness puede suponer mejoras significativas a nivel funcional, reduce los síntomas positivos, los ingresos hospitalarios y los síntomas negativos.

La Unidad en la que se llevaron a cabo las prácticas (U.C.P.P.), se subdivide, a su vez, en cinco sub-unidades, a saber:

- U.C.P.P. 1: Allí se atienden pacientes con un proceso de rehabilitación lento. En promedio, los pacientes permanecen alrededor de cinco años internados en esta unidad.
- U.C.P.P. 2: Los pacientes aquí internados requieren cuidados más exhaustivos debido al severo deterioro orgánico, lo cual implica que las posibilidades de rehabilitación se encuentran bastante limitadas.
- U.C.P.P. 3: Esta unidad está formada por la Unidad de externalización (U.R.H.1), donde se encuentran aquellos pacientes cuya rehabilitación avanzó en forma favorable, razón por la cual se estima que serán dados de alta en el corto o mediano plazo. Desde el momento en que son trasladados a esta unidad, la internación de los pacientes dura, en promedio, menos de cinco años. Por otro lado, la U.R.H. 2 (Unidad de acogida), albergó en algún momento a prácticamente todos los pacientes que, en la actualidad, se encuentran internados en alguna de las demás unidades. En esta unidad se realiza la evaluación y estabilización sintomática de los pacientes para su posterior derivación a las demás unidades.
- U.C.P.P. 5: aquí se encuentran internados pacientes de más de 65 años con alguna enfermedad mental, puesto que se trata de la unidad de psicogeriatría del hospital.

El movimiento de los pacientes entre Unidades responde a criterios clínicos precisos. Si los pacientes, al momento de su llegada al hospital, cuentan con más de 65 años de edad, sólo pueden ser ingresados a la U.C.P.P. 5. En cambio, si la edad del paciente es menor, ingresa a la U.R.H. 2 para su evaluación psicopatológica y la estabilización del cuadro. Como mínimo, el paciente debe permanecer 6 meses en dicha unidad.

Transcurrido ese plazo, los profesionales a cargo del tratamiento toman la decisión de trasladar al paciente a alguna de las demás unidades. Si tienen una evolución favorable, el siguiente destino del paciente será la U.R.H. 1. Ahora bien, si la evolución es desfavorable, el traslado del paciente se hará a la U.C.P.P. 1. Si requiere cuidados específicos por algún deterioro orgánico, el traslado se realiza a la U.C.P.P. 2.

Un paciente internado en U.R.H. 1 es preparado para el alta en la medida en que se trata de la unidad de externalización. Se busca, por lo tanto, que realice actividades con

miras a fomentar una buena adaptación fuera del hospital. Es decir, se fomenta su reinserción en la comunidad. Las evaluaciones realizadas a los pacientes en el transcurso de las actividades ayudan a determinar si es necesario que continúe internado o si la externalización es factible.

Cabe aclarar que cada una de estas unidades cuenta con un equipo de profesionales conformado por psiquiatras, auxiliares de enfermería, enfermeros, terapeutas ocupacionales y psicólogos.

Las prácticas fueron realizadas, específicamente, en las unidades U.C.P.P. 1, U.R.H. 1 y U.R.H. 2, siguiendo el esquema mostrado en la Tabla 5.

Tabla 5. Horarios y tareas del prácticum.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:30 – 10 h	Asamblea UCPP1	Asamblea URH1	Sesión clínica	Asamblea URH2	
10:15h	Reunión URH2	Grupo Acogida			Reunión URH2
10:30 - 11h			Citas individuales	Citas individuales	Citas individuales
11 – 12 h	Citas individuales	Taller Tabaquismo	Reunión URH1	Grupo convivencia	
12 – 13 h				Reunión URH2	
13: 30 – 14 h					
14 -15 h			Tertulia		

A continuación, se presenta una breve caracterización de cada una de las actividades llevadas adelante en la práctica.

- Asamblea de unidad: se trata de un espacio semanal, de media hora, llevado a cabo en cada una de las unidades. Realizado por la mañana, en la asamblea participan todos los pacientes internados en la unidad, junto con los profesionales a cargo del dispositivo. A lo largo de los encuentros, los pacientes comentan dificultades padecidas, principalmente, en la convivencia dentro de la unidad.

Asimismo, realizan propuestas y sugerencias a los profesionales. El valor del dispositivo reside en la posibilidad de resolver conflictos y hallar otras alternativas para la vida en la unidad. Cabe agregar que las asambleas son conducidas por un profesional, y que uno de los pacientes toma nota de lo dicho en la asamblea, las cuales son leídas tras la reunión.

- Reunión de unidad: reuniones semanales exclusivamente reservadas para los profesionales. Lo tratado generalmente es una puesta en común multidisciplinaria respecto de la evolución y el desempeño de los pacientes a lo largo de la semana. Durante el transcurso de la práctica, se concurrió principalmente a las reuniones en la U.R.H. 2. Siendo una unidad de externalización, los pacientes realizan salidas los fines de semana, por lo que es especialmente importante la reunión de los lunes, donde se evalúan las condiciones de los pacientes tras el fin de semana, teniendo en cuenta problemas que hubieran surgido fuera del hospital y las consiguientes estrategias para abordarlos dentro. Las reuniones de los viernes, por su parte, implican una puesta en común respecto de la información del desempeño de cada paciente a lo largo de la semana, programando en función de ello las actividades para el fin de semana.
- Citas individuales: consiste en un espacio individual asignado a cada paciente, el cual se establece en forma fija en determinados horarios, así como también en función de las necesidades del paciente. Mayormente se reciben a pacientes de la U.R.H. 2, aunque ocasionalmente asisten también algunos de la U.R.H. 1. Se trata de sesiones con el psicólogo, en la que nuestra función es observar, donde se trabajan los objetivos delimitados en el Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) confeccionado en forma singular para cada uno de los pacientes.
- Tertulia: Espacio de reunión de los pacientes tras el almuerzo llevado a cabo en el despacho del psicólogo clínico. Los pacientes se muestran más relajados, al ser un espacio de socialización. Lo que busca el profesional es que surjan conversaciones a partir de las cuales se pongan de manifiesto los conflictos individuales o grupales de convivencia a fin de lograr soluciones a los mismos.
- Grupo acogida: aquí se trabaja la forma en la que el paciente es aceptado dentro de la U.R.H. 2. Se trata de un trabajo en conjunto entre un psicólogo y un miembro del personal de enfermería. El psicólogo propone temas, que funcionan como disparadores, por ejemplo, “Sueños”, “Recuerdos” y realiza un trabajo grupal con los pacientes a partir de consignas.

- Grupo convivencia: este grupo consiste en sesiones grupales semanales de una hora de duración en la U.C.P.P. 1. En este caso, participan de las sesiones aquellos pacientes que llevan mayor tiempo de convivencia. La moderación del espacio está a cargo tanto de un psiquiatra como de un psicólogo. Se trabajan cuestiones emocionales y se refuerzan las habilidades sociales.
- Taller de tabaquismo: este taller fue realizado por el psicólogo con participación como observadoras de las practicantes, con el objeto de eliminar o reducir el tabaquismo entre los pacientes de la U.R.H. 2. El mismo consistió en un espacio grupal de una hora semanal, aunque debe agregarse que, por la naturaleza del tabaquismo, se requiere asimismo trabajo individual con ciertos pacientes a modo de seguimiento y evaluación. La propuesta no estaba lo suficientemente estructurada. Había serias dificultades con la realización de las sesiones grupales debido a la escasa concurrencia. Finalmente, el psicólogo decidió cambiar los objetivos y lo transformó en un taller que denominó “Vida sana” En el mismo, se realizaban caminatas en los espacios verdes cercanos al Hospital, se trabajaba relajación y ejercicios de estiramientos. Al final de la misma, se conversaba acerca de los hábitos de vida sana de los pacientes, sus dificultades en relación a los mismos y las posibles soluciones.
- Sesión clínica: cada miércoles se establecen las sesiones clínicas, un espacio en el que profesionales provenientes de diferentes campos de la Salud Mental realizan una sesión sobre un tema diferente. Usualmente, los temas tratados giran en torno a las dificultades que el paciente presenta dentro del hospital, aunque en ocasiones el trabajo en estas sesiones puede abarcar, por ejemplo, tratamientos. Se trata de un espacio particularmente fructífero para los practicantes, puesto que toman contacto directo con los pacientes y sus problemáticas, tanto psicopatológicas como de convivencia dentro de la unidad.

5. Propuesta de Programa de Intervención en Cognición Social (PICOGS)

5.1. Introducción

Como sabemos, los programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) se centran en que el paciente pueda desenvolverse mejor en las interacciones de su vida diaria. Sin embargo, las intervenciones en Cognición Social (ICS) para la esquizofrenia van un poco más allá. Podría decirse que la ICS es un tipo de EHS que se centra en

incrementar el funcionamiento social mediante la mejora de la cognición social (Penn et al., 2008 en Roberts et al., 2014). La cognición social se define como “las operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales y que incluyen la habilidad de inferir intenciones y actitudes de otros” (Brothers, 1990 en Roberts, Penn y Combs, 2016).

Los componentes de la cognición social, en los cuales los pacientes con esquizofrenia presentan problemas, son los siguientes:

- Percepción de expresiones faciales. Tienen dificultades para la identificación y comprensión de las emociones de los otros.
- Estilo atribucional. Suelen precipitarse en atribuir las causas de los acontecimientos bien a factores externos (e.g., la culpa es de ellos) o bien a factores internos (e.g., la culpa es mía, ya he vuelto a meter la pata).
- Teoría de la mente. Tienen problemas para realizar inferencias acerca de las intenciones de los demás y para entender los estados mentales de otros.

Los programas de EHS como el conocido *Social and Independent Living Skills* (Lieberman, 2007) no suelen abordar estos déficits en cognición social, reduciéndose a entrenar habilidades de interacción social necesarias para desenvolverse en la vida diaria sin tener en cuenta las operaciones mentales que subyacen a dichas habilidades.

El presente programa se engloba, por tanto, dentro de las intervenciones de cognición social para esquizofrenia trabajando específicamente el componente de percepción de expresiones faciales.

5.2. Objetivos del programa.

El objetivo principal del programa que hemos propuesto (el cual hemos denominado “PICOGS”) es que los pacientes consigan una mejora en la identificación y comprensión de las emociones de modo que puedan desenvolverse de un modo más satisfactorio en las interacciones con los demás en la vida diaria.

Objetivos específicos:

1. Mejorar el reconocimiento facial de las emociones básicas: alegría, tristeza, enfado, asco, miedo y sorpresa.
2. Mejorar la discriminación facial de las anteriores emociones básicas.
3. Mejorar la comprensión de las emociones que expresan las personas en

situaciones cotidianas.

La razón por la cual se trabaja únicamente el componente de percepción y comprensión emocional dentro del conjunto de elementos de la cognición social, es que el programa está planteado para ser relativamente breve (8 sesiones). Este programa pretende ser el punto de partida para la mejora de la cognición social para los pacientes que participen en él. Por lo tanto, creemos conveniente trabajar comprensión emocional por ser más fácil de aprender para los pacientes en comparación con otros componentes de la cognición social como la teoría de la mente o el estilo atribucional. Además, la identificación y comprensión de emociones es un paso previo para el aprendizaje del resto de componentes de la cognición social.

Tras las 8 sesiones de este programa, puede seguir trabajándose el resto de componentes de la cognición social (atribuciones y teoría de la mente) para los pacientes que deseen continuar, con una duración orientativa para trabajar estos componentes de otras 16 sesiones.

El objetivo de trabajar seis emociones básicas es debido a que nos hemos basado en la teoría de las emociones de Ekman (1992). Este autor postula, en su teoría original, la existencia de seis emociones básicas que serían universalmente compartidas: alegría, tristeza, enfado, asco, miedo y sorpresa. La característica más importante de una emoción básica es la de ser discreta, es decir, presenta un patrón concreto de expresión facial, vocal y fisiológico que se diferencia claramente del de las demás emociones (Ekman y Cordaro, 2011). Existen cierta controversia y gran diversidad de teorías en cuanto a cuáles son las emociones básicas (Tracy y Randles, 2011). Sin embargo, hemos elegido trabajar con estas seis emociones debido a que existen otras intervenciones como el Programa de Entrenamiento en Cognición Social (PECS; Gil-Sanz et al., 2014) que también trabajan estas emociones. Además, podemos decir que existe cierto consenso en torno a estar seis emociones dado que otras teorías también las consideran básicas (Tracy y Randles, 2011) con la diferencia de que añaden alguna emoción más como, por ejemplo, el interés.

5.3. Diferencia con otros programas de intervención.

El presente programa PICOGS se ha elaborado tomando como referencia otros programas actuales que trabajan la cognición social en su totalidad, abordando cada uno

de sus componentes. Se ha consultado el Programa de Entrenamiento en Cognición Social (PECS; Gil-Sanz et al., 2014) debido a que ha mostrado su eficacia en la mejora de la percepción de emociones y de la teoría de la mente. También se ha consultado el ya mencionado EICS (Roberts et al., 2016) por tratarse de un programa reciente que aborda exclusivamente cognición social y que ha mostrado resultados positivos y prometedores (Roberts et al., 2014). Finalmente, también se ha revisado el módulo de cognición social del programa REHACOP (Ojeda et al., 2012).

No obstante, la estructura del presente programa PICOGS y gran parte del contenido de las sesiones y las tareas empleadas son de elaboración propia. Por otro lado, el presente programa PICOGS se diferencia por su breve duración (8 sesiones) frente a las más de 20 de los programas mencionados (Gil-Sanz et al., 2014; Ojeda et al., 2012; Roberts et al., 2016) y por trabajar de forma más específica e intensiva la identificación y comprensión de emociones básicas.

5.4. A quién va dirigido este programa.

Este programa está dirigido a pacientes adultos graves con esquizofrenia residual y paranoide del Hospital Dr. Rodríguez Láfora que se encuentren en la fase estable de la enfermedad. El PICOGS está especialmente dirigido a pacientes con un mal funcionamiento dado que la literatura apunta a que son los que más se benefician de este tipo de intervenciones (Combs, et al., 2007; Roberts et al., 2010; 2014). Este programa no es recomendable para personas con bajo CI (a partir de retraso mental leve, menos de 70) o que presentan abuso o dependencia de alguna sustancia debido a las complicaciones que podrían surgir durante la terapia con los pacientes con este perfil.

5.5. Formato de aplicación

Este programa está pensado para aplicarse de forma grupal, con grupos de unos 5- 6 pacientes. Al igual que indican otros programas de cognición social (Gil-Sanz et al., 2014; Roberts et al., 2016), es recomendable que se utilicen dos terapeutas. De este modo, uno puede estar dirigiendo la sesión mientras que el otro está pendiente de la realización de las actividades, de que no se produzca ninguna conducta inapropiada por parte de los pacientes y de la observación de la dinámica grupal que posteriormente permitirá realizar ajustes del programa entre sesiones.

5.6. Quién debe administrar el PICOGS.

Dada las características del programa y las habilidades necesarias para su ejecución, es recomendable que este programa sea aplicado por psicólogos. Preferiblemente psicólogos sanitarios, especialistas en psicología clínica o neuropsicólogos.

5.7. Instrumentos de Evaluación.

Con el objetivo de poder comprobar que el PICOGS supone una mejora significativa en la identificación y diferenciación de emociones pueden emplearse los siguientes instrumentos antes y después de la intervención:

- Test de 60 caras de Ekman (Young, Perrett, Calder, Sprengelmeyer y Ekman, 2002). Consiste en 60 imágenes donde aparecen caras de 10 personas diferentes expresando cada una ellas las 6 emociones básicas. Este instrumento se encuentra manualizado y cuenta con una versión computerizada en CD- ROM. El test consiste en la presentación de cada una de las caras durante 5 segundos. Después, se presenta el nombre de las 6 emociones básicas y se debe elegir a qué emoción corresponde. Dado que nos hemos basado en la teoría de las emociones de Ekman (1992), nos parece adecuado la utilización de este instrumento ya que se ha construido sobre la base a esa misma teoría. Además, se ha utilizado en otros estudios que examinan el reconocimiento emocional en la esquizofrenia (e.g., Balogh, Égerházi, Berecz y Csukly, 2014; Sparks, McDonald, Lin, O'Donnell y Green, 2010).
- Tarea de Discriminación Facial de Emociones (FEDT; Kerr y Neale, 1993). El FEDT consta de 30 pares de fotografías en blanco y negro, cada par mostrando dos personas diferentes que muestran una o dos de las seis emociones básicas. Las parejas se presentan simultáneamente durante 15 segundos. La tarea consiste en juzgar si las dos caras de cada pareja presentan la misma emoción. Después de cada estímulo el participante debe responder en un cuestionario de 30 ítems con dos opciones: "igual" o "diferente". La puntuación máxima es de 30 y la mínima es de 0. Este instrumento presenta un alfa de Cronbach de .77 y complementa al anterior al evaluar discriminación de emociones. Nos parece adecuado emplear este instrumento por ser uno de los empleados por Roberts et

al. (2014) así como en otros estudios sobre esquizofrenia que examinan el reconocimiento y discriminación facial de las emociones (e.g., Erol, Mete, Sonmez, y Unal, 2010; Lindenmayer et al., 2013).

5.8. Frecuencia de sesiones y Estructura

El PICOGS está pensado para ser aplicado en sesiones de entre 45 minutos a una hora con una frecuencia de una vez por semana. No es recomendable alargar las sesiones más allá de esta duración debido a que las características de los pacientes con esquizofrenia les suelen impedir mantener la atención durante tiempos prolongados.

El programa está pensado para ser aplicado en 8 sesiones, si bien esta duración es orientativa entendiendo que, según el grupo con el que se trabaje, éste puede avanzar a mayor o menor velocidad. De este modo, el terapeuta puede alargar 1 o 2 sesiones de intervención en tareas donde se estén dando más dificultades y por tanto sea necesario un mayor esfuerzo por parte de los pacientes.

En la Tabla 5 se encuentra recogido de manera esquemática la estructura del PICOGS. Dicha estructura se basa, fundamentalmente, en el abordaje de una emoción por sesión de forma intensiva. No obstante, como se verá en el desarrollo de las sesiones, toda sesión comienza repasando lo aprendido en la anterior y en alguna de las sesiones se trabaja simultáneamente más de una emoción. De este modo, siempre se va recordando las anteriores emociones aprendidas poniéndolas en relación con la nueva que se van a trabajar.

Tabla 5. Estructura esquemática del PICOGS.

Sesiones	Contenido general
1	Introducción del programa, fomento de cohesión grupal y alianza. Definición de las seis emociones básicas.
2 a 7	Identificación y comprensión de las seis emociones, una por sesión, en el siguiente orden: Alegría, Tristeza, Enfado, Miedo, Asco y Sorpresa.
8	Diferenciación y repaso de todas las emociones.

A continuación, se detallan en profundidad las 8 sesiones correspondientes al programa.

5.9. Desarrollo de las sesiones del programa.

5.9.1. Sesión 1: introducción y dinámica de grupo.

Objetivos:

- Introducción de los contenidos del programa.
- Establecer las normas del grupo.
- Favorecer un buen clima grupal.

Materiales:

- Ordenador y presentación de *power point*.
- Proyector.
- Papel tamaño grande, rotuladores y pegamento.
- Papeles de pegatina en blanco.
- Pizarra y rotuladores de pizarra.

Tiempos orientativos:

- 15 minutos presentación.
- 20 minutos dinámica.
- 10 minutos cierre y mandar tareas para las próximas sesiones.

Desarrollo de la sesión:

En esta primera sesión los terapeutas se presentarán brevemente y darán la bienvenida a los participantes.

En primer lugar, se describirá el objetivo del programa y se detallarán brevemente los contenidos de las próximas sesiones. Se indicará que el cometido versará en torno a las emociones básicas.

Se anunciará a los participantes que se verán contenidos teóricos a través de ejercicios. También se pedirá que realicen tareas entre sesiones. Es de especial importancia transmitir a los usuarios que el programa supone una oportunidad para aprender. Asimismo, se les recordará que cuando se les hagan preguntas, lo importante no es dar una respuesta más o menos acertada, sino participar.

Seguidamente, se definirán las normas del grupo y el terapeuta las apuntará en un

papel grande que quedará a la vista para poder ser consultado a lo largo de todo el programa de intervención. Las normas se referirán principalmente a respetarse entre los compañeros y escucharse a unos a otros sin interrumpir.

Después de la presentación, los terapeutas repartirán unas fichas en blanco con una cuerda para poder colgarse del cuello y unos rotuladores a los participantes, indicándoles que escriban su nombre y se cuelguen la ficha del cuello. Deberán llevarla para el resto de sesiones. Los terapeutas harán lo mismo.

Se propondrá a los participantes realizar una dinámica de presentación. Se les pedirá que se coloquen por parejas. Tendrán que decir su nombre, dónde nacieron y contar qué cosa les gusta hacer en sus ratos libres. Posteriormente, cada participante tendrá que presentarse al resto del grupo. Para favorecer la alianza, los terapeutas harán lo mismo y serán los primeros en comenzar la ronda de presentación.

Después de la dinámica se comenzará con el contenido del programa. Se presentarán dos caras impresas (una de cada sexo) de cada una de las seis emociones que se trabajarán a lo largo del programa (alegría, tristeza, enfado, miedo, asco y sorpresa) y se irán formulando las siguientes preguntas:

- ¿Qué crees que siente esta persona? ¿Qué crees que le está pasando a esta persona?
- ¿Qué color le pondrías a lo que está sintiendo esta persona?

Las caras se irán pegando en un cartel grande. En la pizarra se irá anotando lo que dicen los participantes y posteriormente se leerá en alto. Los terapeutas indicarán que las caras mostradas expresan emociones básicas. Asimismo, se les explicará que su aparición y expresión son compartidas por la mayoría de la población.

Posteriormente, los terapeutas pondrán en el cartel el nombre de la emoción que representa cada expresión facial, así como una breve definición. Las siguientes definiciones se tomarán como referencia. No obstante, siempre que sea posible se definirá cada emoción a partir de lo que hayan dicho los pacientes:

- Alegría: Emoción que aparece ante acontecimientos agradables o ante la valoración de que nuestras metas u objetivos se pueden realizar.
- Tristeza: Surge ante acontecimientos que no resultan placenteros.

- Enfadado: Emoción que aparece cuando una meta, una necesidad, un derecho o algo que poseemos se ven amenazados o bien por otros o bien por nuestra propia incapacidad.
- Miedo: Emoción producida ante un peligro o amenaza presentes.
- Asco: Reacción producida ante algo que produce desagrado o repugnancia.
- Sorpresa: Reacción ante algo imprevisto o extraño.

Se les anticipará que en las próximas sesiones se mantendrá este “Cartel de Emociones”. Se verán las mismas en forma detallada y se tratará de mejorar su comprensión.

Como tarea para la próxima sesión y con el objetivo de favorecer la cohesión y la motivación, se les pedirá que piensen un nombre, un color y una canción para representar al grupo.

Tareas entre sesiones:

- Buscar un nombre y un color para el grupo.

5.9.2. Sesión 2: alegría.

Objetivos:

Aprender a identificar y comprender la emoción de la alegría a través de:

1. La expresión facial de la emoción en las personas.
2. Su manifestación en diferentes contextos sociales.

Materiales:

- Ordenador y presentación de *power point*.
- Proyector.
- Videoclip “Happy” de Pharrel Williams.
- Cartel de emociones.
- Pizarra y rotuladores de pizarra.

Tiempos orientativos:

- 15 minutos revisión de tareas.

- 20 minutos de trabajo de la emoción de alegría.
- 10 minutos cierre y mandar tareas para las próximas sesiones.

Desarrollo de la sesión:

En esta sesión se comienza revisando la tarea que tenía el grupo. En caso de que aún no tengan claro el color, el nombre y la canción que les representará, se les dejarán solo cinco minutos para concluirlo. Una vez elegido, se les pedirá que escriban el nombre con el color elegido en un cartel y lo peguen junto al “Cartel de Emociones”.

A continuación, se les explica que en esta sesión se trabajará la emoción de alegría. Se les presentan las dos caras (una de cada sexo) que se mostraron en la primera sesión con la emoción de alegría. Se preguntará a los pacientes si recuerdan lo que respondieron en la primera sesión ante la cara de alegría. En base a lo que respondan los pacientes, se recordará la definición de esta emoción y se recurrirá al “Cartel de Emociones”.

A continuación, se realizará la siguiente tarea: se narrará una situación a través de imágenes donde una persona experimenta la emoción de alegría. Por ejemplo, puede ser la siguiente:

Pedro acude una mañana a ver al vendedor de lotería para comprobar su boleto de lotería tenía premio. El vendedor de lotería le dice que le han tocado 10.000 euros. Entonces Pedro muestra una expresión de felicidad y exclama: ¡por fin podré comprarme un coche nuevo! Pedro sonríe y levanta los brazos diciendo: ¡Bien!

La narración se presentará junto a las imágenes que se muestran en la figura 1.



Figura 1: Imágenes que acompañan a la narración que ilustra la emoción de alegría.

Los terapeutas pueden hacer las siguientes preguntas a los pacientes:

- ¿Cómo crees que se siente Pedro?
- ¿Qué ves en su rostro que te hace pensar que está alegre?
- ¿Por qué piensas que Pedro se siente así?
- ¿Cómo te hubieras sentido en una situación similar?
- ¿Alguna vez te ha pasado algo parecido?
- ¿En qué situaciones te sientes alegre?
- Cuando te sentiste alegre, ¿cómo lo expresaste?

En la Tabla 6 se presenta un ejemplo de diálogo entre terapeuta y pacientes. A los pacientes se les explicará que, dependiendo de la situación, algunas personas puede que no expresen esta emoción.

Tabla 6. Ejemplo de diálogo entre terapeuta y pacientes en relación a la emoción de alegría.

Terapeuta: *¿Qué le ocurre a Pedro en las imágenes? ¿Por qué se comporta así?*

Paciente (Juan): *Le ha tocado la lotería y está contento. A mi también me gustaría que me tocara la lotería.*

Terapeuta: *Muy bien Juan, dices que a ti también te gustaría que te tocara un premio. Eso mismo le pasa a Pedro. Cuando ocurre algo que nos gusta generalmente nos sentimos alegres, experimentamos la emoción de alegría. ¿Y el resto? ¿Hubierais reaccionado como Pedro?*

Paciente (Luis): *Yo no me hubiera puesto así porque me parece que le ha tocado poco dinero. Con eso no te puedes jubilar.*

Terapeuta: *Buena aportación Luis. Es cierto, lo que a algunos les pone contentos a otros no. ¿Qué es lo que te hubiera puesto contento?*

Paciente (Luis): *Pues que me hubiera tocado un millón o algo así.*

Terapeuta: *Muy bien, ¿eso si que es un pedazo de premio, Luis! ¿Y cómo reaccionarías si tocara a ti ese premio?*

Paciente (Luis): *Vamos, daría saltos y todo (sonríe.)*

Terapeuta: *¡Muy bien Luis!, fíjate, solo de imaginártelo te pones alegre y estás sonriendo.*

Posteriormente, se presentan fotos de la expresión facial de la emoción expresada por distintas personas. Las fotos serán tanto de modelos femeninos como masculinos. Si es posible se presentarán modelos de distintas edades e incluso dibujos (en la figura 2 se

muestran las imágenes que se presentarán). Asimismo, puede asignarse un nombre a la persona que aparece en las imágenes para facilitar el posterior diálogo con los pacientes. En estas fotos se ha de apreciar de forma clara cómo se expresa facialmente la emoción:

- Expresión facial de la alegría: elevar las mejillas, mantener las comisuras de los labios estiradas hacia arriba.

Si el grupo es participativo, se le puede pedir a los integrantes que señalen en las fotografías los rasgos que indican la expresión facial de la alegría. En este caso, será importante reforzar sus aportaciones y moldear las respuestas para favorecer una adecuada comprensión.

Una vez vista esta parte, los terapeutas representarán facialmente la emoción, repasando los elementos que permiten identificarla y resolviendo las posibles dudas de los integrantes del grupo. Se animará a los pacientes a que también intenten expresar facialmente la emoción fijándose en las imágenes. Se moldeará la actuación de los pacientes y se reforzará verbalmente a aquellos que lo hagan bien.



Figura 2: Imágenes que representan la expresión facial de la alegría.

Para finalizar la sesión, se les mostrará el videoclip de la canción “Happy”, de Pharrel Williams. Se les indicará que se fijen en la expresión facial de los personajes y en lo que están haciendo. A continuación, se preguntará a los pacientes lo siguiente:

- ¿Qué creen que están sintiendo los personajes del video? ¿Por qué?
- ¿Crees que lo que sienten los personajes tiene que ver con lo que están haciendo?
- ¿Sientes alegría al ver este vídeo? Si no es así, ¿qué otra emoción sientes? ¿por qué?

Tareas entre sesiones:

- Identificar y registrar si han experimentado la emoción de alegría y en qué situación o si han visto a alguien que la haya experimentado.

5.9.3. Sesión 3: tristeza.

Objetivos:

- Revisar los conocimientos aprendidos en la segunda sesión a partir de las tareas entre sesiones.
- Aprender a identificar y comprender la emoción de la tristeza a través de:
 3. La expresión facial de la emoción en las personas.
 4. Su manifestación en diferentes contextos sociales.

Materiales:

- Ordenador y presentación de *power point*.
- Proyector.
- Cartel de Emociones.
- Pizarra y rotuladores de pizarra.

Tiempos orientativos:

- 10 minutos revisión de tareas.
- 30 minutos de trabajo de la emoción de tristeza.
- 10 minutos cierre y mandar para tareas próximas sesiones.

Desarrollo de la sesión:

Esta sesión comienza con la revisión de las tareas encargadas en la anterior sesión. Se preguntará a los participantes si han experimentado u observado la emoción de alegría. Se les pedirá que describan brevemente la situación y los motivos que desencadenaron la misma.

Se les explicará que en esta sesión se trabajará con: la tristeza. No obstante, se retomarán contenidos de la sesión previa en la que se trabajó la emoción de la alegría.

Se mostrarán, como recordatorio, las caras que expresan la emoción de alegría. Luego, se presentarán las dos caras (una de cada sexo) que representan la emoción de tristeza. Estas caras se mostraron previamente en la primera sesión. Nuevamente se preguntará a los pacientes si recuerdan lo que respondieron en la primera sesión en relación con la emoción de tristeza y se retomará la definición. Para ello, los terapeutas podrán utilizar como recordatorio el “Cartel de Emociones”.

A continuación, se narrará una situación a través de imágenes donde una persona experimenta la emoción de tristeza. Por ejemplo, puede ser la siguiente:

Julián lleva varios meses en los que tiene muchas discusiones con su novia. Un día, tuvieron una discusión muy fuerte y su novia le dijo que le dejaba. Julián se sintió desolado y rompió a llorar.

La narración se presentará junto a las imágenes que se muestran en la figura 3.

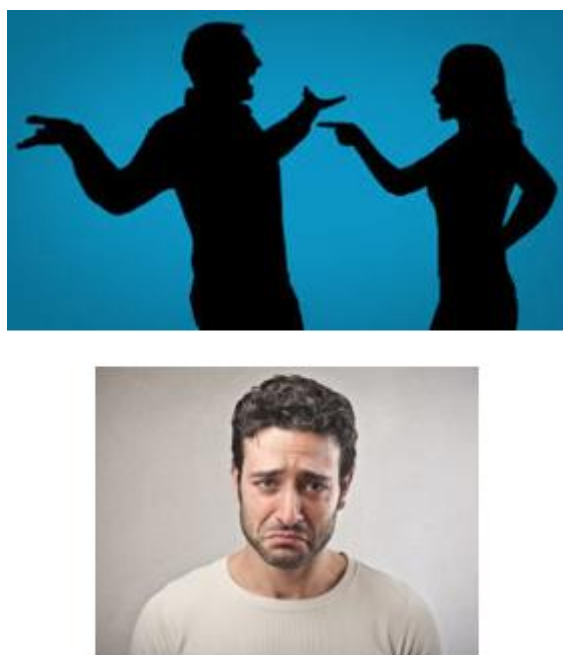


Figura 3: Imágenes que acompañan a la narración que ilustra la emoción de tristeza.

Asimismo, los terapeutas harán las siguientes preguntas a los pacientes:

- ¿Cómo crees que se siente Julián?
- ¿Qué ves en su rostro que te hace pensar que está triste?
- ¿Por qué piensas que Julián se siente así?
- ¿Cómo te hubieras sentido en una situación similar?
- ¿Alguna vez os ha pasado algo parecido?
- ¿En qué situaciones te sientes triste?
- Cuanto te sentiste triste ¿lloras? ¿tienes algún malestar físico (por ejemplo: dolor de estómago o dolor de cabeza)?

En la Tabla 7 se presenta un ejemplo de diálogo entre terapeuta y pacientes. En esta dinámica, se les recordará que, dependiendo de la situación, algunas personas puede que no expresen esta emoción. En la Tabla 7 se ilustra un posible diálogo entre terapeuta y pacientes.

Tabla 7. Ejemplo de diálogo entre terapeuta y pacientes en relación a la emoción de tristeza.

Terapeuta: *¿Cómo se siente Julián?*

Paciente (María): *Está llorando.*

Terapeuta: *Bien, María ha identificado que está llorando. ¿Cómo crees que se siente entonces, María?*

Paciente (María): *Pues triste.*

Terapeuta: *¡Eso es! Julián está triste y lo podemos saber, entre otras cosas, porque está llorando. ¿Los demás cómo lo veis?*

Paciente (Guillermo): *Si, está claro que está muy triste el pobre.*

Terapeuta: *Muy bien, Guillermo. ¿Y tú, cómo te hubieras sentido en una situación similar?*

Paciente (Guillermo): *Pues no sé, si estuviera discutiendo todos los días con mi novia pues a lo mejor me siento feliz por dejarla.*

Paciente (Juana): *Sí, yo creo que me hubiera sentido feliz, como el señor de la lotería (se ríe).*

Terapeuta: *Muy bien, Guillermo y Juana nos han hecho una aportación muy interesante. Recordad que, como ya vimos en la última sesión, no todo el mundo experimenta la misma emoción ante una misma situación.*

Posteriormente se mostrarán fotografías de la expresión facial de la tristeza expresada por personas de distintas edades y sexos. Si es posible, se incluirá también un dibujo que represente la emoción. De nuevo, en esta y en las próximas sesiones puede asignarse un nombre a la persona que aparece en las imágenes para facilitar el posterior diálogo con los pacientes. Sobre la base a estas imágenes (figura 4), los terapeutas señalarán cómo se expresa facialmente la emoción de tristeza:

- Expresión facial de la tristeza: agachar la cabeza, mantener las comisuras de los labios ligeramente estiradas hacia abajo.



Figura 4: Imágenes que representan la expresión facial de la tristeza.

Los terapeutas pueden señalar en las fotografías aquellos rasgos que permiten identificar la expresión facial de tristeza, o bien pedirán a los participantes que sean ellos quienes lo hagan. Seguidamente, los terapeutas también representarán facialmente la emoción a la vez que destacan los elementos que facilitan su identificación. Se animará a los pacientes a que también intenten expresar facialmente la emoción fijándose en las imágenes. Se moldeará la actuación de los pacientes y se reforzará verbalmente a aquellos

que lo hagan bien.

Como forma de comprobar que los pacientes han entendido la diferencia entre alegría y tristeza, así como sus respectivas expresiones faciales. A continuación, se les presentarán pares de caras expresando ambas emociones para que ellos intenten identificar las emociones que corresponden a cada una de las imágenes. Se les preguntará:

- ¿Cómo te diste cuenta de que estaba triste o alegre?
- ¿Qué crees que les ha sucedido a estas personas?

Después de dejar que los pacientes respondan, se hará hincapié en las diferencias relativas a la dirección de las comisuras de los labios. Los terapeutas pueden dibujar en la pizarra emoticonos sencillos para acompañar este discurso.

Los terapeutas estarán atentos para reforzarles especialmente si alguno de ellos expresa tristeza mediante su lenguaje no verbal al contar estas situaciones. Asimismo, los terapeutas animarán a los participantes a que puedan contar situaciones que tengan que ver con las emociones de alegría y tristeza expresadas por las imágenes.

Tareas entre sesiones:

- Identificar y registrar si han experimentado la emoción de tristeza o si han visto a alguien que la haya experimentado.
- Buscar recortes de revistas en los que aparezcan representadas las emociones de alegría y/o tristeza.
- (Opcional) Buscar canciones que les produzcan alegría y/o tristeza

5.9.4. Sesión 4: enfado.

Objetivos:

- Revisar los conocimientos aprendidos en la tercera sesión.
- Aprender a identificar y comprender la emoción de la tristeza a través de:
 - La expresión facial de la emoción en las personas.
 - Su manifestación en diferentes contextos sociales.

Materiales:

- Ordenador y presentación de *power point*.

- Canciones.
- Videos de personas que muestran enfado.
- Proyector.
- Cartel de Emociones.
- Pegamento.
- Pizarra y rotuladores de pizarra.

Tiempos Orientativos:

- 10 minutos revisión de tareas
- 30 minutos de trabajo de la emoción del enfado
- 10 minutos cierre y mandar para tareas próximas sesiones.

Desarrollo de la sesión:

La sesión se inicia revisando las tareas. Se preguntará a los participantes si han identificado en ellos mismos o en otras personas la expresión de tristeza. En este caso, los terapeutas estarán pendientes de si los participantes expresan facialmente la emoción al contar las situaciones. También se revisarán los recortes de revistas en los que se muestran las emociones de alegría y de tristeza. Se seleccionarán algunos para pegarlos en el cartel de emociones.

Si los participantes han realizado la tarea opcional de buscar canciones que les generen alegría y/o tristeza, se les reforzará y se verán en la sesión (podrán buscarse mediante un ordenador con conexión a Internet). Los terapeutas también participarán mostrando unas canciones que consideren que pueden generar estas emociones. Sería preferible elegir canciones que cuenten con videoclips en los que las personas que aparecen muestren estas emociones. Al mostrar las canciones, los terapeutas pueden animar a los pacientes a cantarlas. Una vez escuchadas, se preguntará a los participantes por qué esas canciones les generan alegría o tristeza.

A continuación, se les explica que en esta sesión se trabajará principalmente la emoción del enfado, aunque se hará alguna referencia a las emociones trabajadas en las sesiones anteriores.

Se mostrarán las expresiones faciales que representan la emoción de enfado. Estas expresiones ya se presentaron en la primera sesión. Se preguntará a los participantes si recuerdan lo que se comentó en ésta y se retomará la definición de la emoción. Los

terapeutas recurrirán al cartel de emociones como apoyo para esta parte.

A continuación, se narrará una situación a través de imágenes donde una persona experimenta la emoción de enfado. Por ejemplo, puede ser la siguiente:

Antonio se ha comprado un coche nuevo y ha salido a conducirlo un rato. Cuando va por una calle, otro coche se salta un stop y le da un golpe al suyo. Antonio se enfada, aprieta los dientes y grita. Sale del coche dando un portazo y también le da un golpe al coche de la otra persona.

La narración puede acompañarse con las imágenes de la figura 5.



Figura 5: Imágenes que acompañan a la narración que ilustra la emoción de enfado.

Los terapeutas plantearán preguntas a los pacientes (En la Tabla 8 se presenta un ejemplo de diálogo):

- ¿Cómo crees que se siente Antonio?
- ¿Qué ves en su rostro que te hace pensar que está enfadado?
- ¿Por qué piensas que Antonio se siente así?
- ¿Cómo te hubieras sentido en una situación similar?
- ¿Cómo hubieras reaccionado?
- ¿Alguna vez os ha pasado algo parecido?
- ¿En qué situaciones te sientes enfadado?
- Cuando estabas enfadado, ¿recuerdas qué sentiste? ¿notaste calor o tensión? ¿gritaste o rechinaste los dientes?

- ¿Qué hiciste? ¿trataste de reprimirte? ¿golpeaste algo?

Tabla 8. Ejemplo de diálogo entre terapeuta y pacientes en relación a la emoción de enfado.

Terapeuta: *¿Cómo se siente Antonio?*

Paciente (Marcos): *Pues cabreado.*

Terapeuta: *Bien Marcos, dices que está cabreado, y ¿a la emoción que está sintiendo como la hemos llamado?*

Paciente (Marcos): *Enfado.*

Terapeuta: *¡Muy bien! ¿Y cómo hubierais reaccionado vosotros en una situación similar?*

Paciente (Luis): *Pues yo no tengo coche pero en el pueblo tenía una moto y una vez me dieron y me puse de mala leche.*

Terapeuta: *Gracias por contarnos tu experiencia Luis. Ahora dime, ¿a qué emoción te refieres cuando dices “mala leche”?*

Paciente (Luis): *¡Ah! Pues enfado.*

Terapeuta: *¡Eso es! ¡Muy bien! Y, cuéntanos más, ¿cómo reaccionaste?*

Paciente (Luis): *¡Pff! Fui a pegarle al que me dio.*

Terapeuta: *Es decir, en este caso quisiste expresar la ira golpeando. Esto solemos hacerlo como forma de desahogo, aunque no implica que sea la mejor manera. Luis, cuéntanos ahora si recuerdas cómo notabas tu cuerpo en esos momentos.*

Paciente (Luis): *Pues es que yo cuando me enfado me entra calor y me pongo rojísimo.*

Terapeuta: *Muy bien Luis, esa es una de las manifestaciones de esta emoción.*

Posteriormente se mostrarán fotografías e imágenes de la expresión facial del enfado mostrada por personas de distintas edades y sexos (figura 6). Los terapeutas explicitarán los elementos que permiten identificar la expresión facial de esta emoción y también la representarán facialmente animando a los pacientes a que también lo intenten fijándose en las imágenes. Se moldeará la actuación de los pacientes y se reforzará verbalmente a aquellos que lo hagan bien:

- Expresión facial del enfado: fruncir el ceño, apretar los labios o mostrar los dientes.



Figura 6: Imágenes que representan la expresión facial del enfado.

Los terapeutas pueden utilizar imágenes o vídeos de personajes conocidos que expresan enfado. Por ejemplo, los vídeos pueden mostrar un entrenador de fútbol que se enfada con un jugador y con un periodista (Vida Blaugrana, 2017 o Real Madrid Spain, 2017). A los participantes se les harán preguntas similares a las siguientes:

- ¿Cómo crees que se siente el entrenador? ¿Por qué?
- ¿Cómo crees que se siente el jugador? ¿Por qué?
- ¿Cómo te hubieras sentido tú si te hubiera pasado? ¿Por qué?

Posteriormente, se presentarán imágenes de la expresión facial de la tristeza y el enfado y se señalarán las diferencias. Los terapeutas pueden hacer hincapié en la manifestación conductual de estas emociones para facilitar su diferenciación. Por ejemplo, una persona triste llorará y no se moverá mucho, mientras que una persona enfadada puede que esté moviéndose, que gesticule, que tiemble, etc.

Tareas entre sesiones:

- Identificar y registrar si han experimentado la emoción de enfado y en qué situación o si han visto a alguien que la haya experimentado.

5.9.5. Sesión 5: miedo

Objetivos:

- Revisar los conocimientos aprendidos en la cuarta sesión
- Aprender a identificar y comprender la emoción de miedo a través de:
 - La expresión facial de la emoción en las personas.
 - Su manifestación en diferentes contextos sociales.
- Aprender a discriminar las emociones alegría, tristeza, enfado y miedo.

Materiales:

- Ordenador y presentación de *power point*.
- Proyector.
- Cartel de Emociones.
- Pizarra y rotuladores de pizarra.

Tiempos orientativos:

- 10 minutos revisión de tareas.
- 30 minutos de trabajo de la emoción de miedo.
- 10 minutos cierre y mandar para tareas próximas sesiones.

Desarrollo de la sesión

Esta sesión se inicia revisando la tarea que se pidió a los pacientes. Se les animará a compartir con sus compañeros las situaciones que les hayan generado enfado. Se hará especial énfasis en la descripción de las manifestaciones fisiológicas y comportamentales. Asimismo, se repasarán los contenidos de la sesión anterior.

Posteriormente, se iniciarán los contenidos previstos para esta sesión. Se explicará que se trabajará con la emoción de miedo. Se retomará la definición y las expresiones faciales que se presentaron en la primera sesión a la par que se pregunta a los pacientes qué recuerdan de la descripción de esta emoción.

A continuación, se narrará una situación a través de imágenes donde una persona experimenta la emoción de miedo. Por ejemplo, puede ser la siguiente:

José estaba tumbado en la cama en su cuarto cuando de repente escuchó un ruido. Se puso tenso y se levantó. Volvió a escuchar ruido y decidió coger un palo que tenía en su cuarto. Se puso en posición defensiva y salió de su cuarto. Entonces vio a un ladrón que estaba cogiendo objetos del salón. El ladrón sacó una pistola. En ese momento, José abrió los ojos, y tensó su boca. Se fue a su cuarto corriendo, se encerró y llamó a la policía.

La narración puede acompañarse con las imágenes de la figura 7.



Figura 7. Imágenes que acompañan a la narración que ilustra la emoción de miedo.

Se iniciará un diálogo con los pacientes (se puede ver un ejemplo en la tabla 9), planteándoles las siguientes preguntas:

- ¿Cómo crees que se siente José?
- ¿Qué ves en su rostro que te hace pensar que siente miedo?
- ¿Por qué piensas que José se siente así?
- ¿Cómo te hubieras sentido en una situación similar?
- ¿Cómo hubieras reaccionado?
- ¿Recordáis alguna situación en la que hayáis sentido mucho miedo?
- Cuanto tenías miedo, ¿recuerdas qué sentiste? ¿notaste tensión? ¿notaste que se te aceleraba el corazón?

Tabla 9. Ejemplo de diálogo entre terapeuta y pacientes en relación a la emoción de miedo.

Terapeuta: *¿Cómo creéis que se siente José?*

Paciente (Lucía): *Yo creo que es valiente porque se ha atrevido a salir.*

Paciente (Marta): *Pero tiene miedo, ¡luego sale corriendo!*

Terapeuta: *Muy bien identificado Marta: José tiene miedo. Es cierto que al principio sale con el palo, pero estaba tenso, con miedo. Mirad esta imagen, ¿podrías decirme qué os hace*

pensar que tiene miedo?

Paciente (Marcos): *A ver, le están apuntando con una pistola. Mírale la cara, feliz no está (se ríe).*

Posteriormente se presentarán fotografías e imágenes que muestren a personas o dibujos (de distinta edades y sexos) expresando facialmente la emoción de miedo (figura 8). Al igual que en las sesiones anteriores, los terapeutas destacarán los aspectos que permiten identificar la expresión facial del miedo. Además, la representarán facialmente ellos mismos animando a los pacientes a que también lo intenten fijándose en las imágenes. Se moldeará la actuación de los pacientes y se reforzará verbalmente a aquellos que lo hagan bien:

- Expresión facial del miedo: mantener las cejas levantadas y unidas, mantener los labios tensados horizontalmente.



Figura 8: Imágenes que representan la expresión facial del miedo.

Se les explicará que el miedo es importante para la supervivencia. Cuando sentimos miedo, reaccionamos o bien protegiéndonos, o bien preparándonos para atacar.

Las reacciones pueden ser distintas en función de nuestra reacción y nuestra valoración de la capacidad para afrontar un peligro (real o no).

A continuación, se presentarán una serie de imágenes (serpientes, arañas, tigres). Ante ellas, primero se preguntará a los pacientes si aquello que representa la imagen les da miedo. En segundo lugar, se mostrarán varias caras que muestren emociones que ya se han visto en el programa (alegría, tristeza, enfado o miedo) y se les preguntará cuál de ellas expresa miedo (en la figura 9 se muestra un ejemplo). Los pacientes señalarán aquella imagen que consideren que expresa miedo y expresarán las diferencias que ven entre las caras. Los terapeutas irán moldeando las respuestas reforzando verbalmente los aciertos.



¿Cuál de estas imágenes muestra una expresión de miedo?

Figura 9: Ejercicio de discriminación de emociones.

Tareas entre sesiones:

- Identificar y registrar si han experimentado la emoción de miedo y en qué situación o si han visto a alguien que la haya experimentado.

5.9.6. Sesión 6: asco.

Objetivos:

- Revisar los conocimientos aprendidos en la cuarta sesión
- Aprender a identificar y comprender la emoción de asco a través de:
 - La expresión facial de la emoción en las personas.
 - Su manifestación en diferentes contextos sociales.
- Discriminar entre las emociones de enfado, miedo y asco.

Materiales:

- Ordenador y presentación de *power point*.
- Proyector.
- Cartel de Emociones.
- Pizarra y rotuladores de pizarra.

Tiempos orientativos:

- 10 minutos revisión de tareas
- 30 minutos de trabajo de la emoción de asco
- 10 minutos cierre y mandar para tareas próximas sesiones.

Desarrollo de la sesión:

La sesión se inicia revisando las tareas. Se preguntará a los pacientes por situaciones en las que experimentaron miedo y se les animará a compartir sus experiencias con el resto del grupo. Se le harán preguntas relativas a la expresión de la emoción.

A continuación, se les explica que en esta sesión se trabajará la emoción de asco. Los terapeutas recurrirán al “Cartel de Emociones” para volver a presentar la emoción y la expresión facial correspondiente. Asimismo, se preguntará a los pacientes qué recuerdan sobre esta emoción.

Para esta emoción también se narrará una situación a través de imágenes donde una persona experimenta la emoción de asco. Por ejemplo, puede ser la siguiente:

Fernando estaba en un bar tomando un refresco con sus amigos. En un momento dado se dirigió al baño. Cuando entró, vio que había varias cucarachas por el suelo, algunas aplastadas. Le entró una arcada y se fue del lugar.

La narración puede presentarse junto con las imágenes de la figura 10.



Figura 10. Imágenes que acompañan a la narración que ilustra la emoción de asco.

Si al presentar las imágenes los pacientes muestran la expresión facial de asco, posteriormente se hará referencia a ello. Asimismo, se les planteará una serie de preguntas (se puede ver un ejemplo de diálogo en la tabla 10):

- ¿Cómo crees que se siente Fernando?
- ¿Qué ves en su rostro que te hace pensar que siente asco?
- ¿Por qué piensas que Fernando se siente así?
- ¿Cómo te hubieras sentido en una situación similar?
- ¿Cómo hubieras reaccionado?
- ¿Recordáis alguna situación en la que hayáis sentido asco? ¿cómo reaccionasteis?

Tabla 10. Ejemplo de diálogo entre terapeuta y pacientes en relación a la emoción de asco.

Terapeuta: *Guillermo, tienes una expresión facial muy peculiar, ¿qué ocurre?*

Paciente (Guillermo): *Que me dan muchísimo asco las cucarachas.*

Terapeuta: *Muy bien Guillermo, te agradezco que lo compartas con nosotros. Como puedes ver, estás sintiendo una emoción de asco y tienes una expresión facial muy descriptiva. Ahora veremos cómo podemos identificar esta expresión.*

Posteriormente los terapeutas mostrarán fotografías e imágenes de personas o dibujos de distintas edades y sexos (figura 11). Con estas imágenes se mostrará la expresión facial del asco, destacando los elementos que permiten identificarla. Asimismo, los terapeutas expresarán facialmente esta emoción. Se animará a los pacientes a que también intenten expresar facialmente la emoción fijándose en las imágenes. Se moldeará la actuación de los pacientes y se reforzará verbalmente a aquellos que lo hagan bien.

- Expresión facial del asco (arrugar la nariz, levantar el labio superior).



Figura 11: Imágenes que representan la expresión facial del asco.

A continuación, se propondrá a los participantes una actividad que se presentará en forma de juego. Se mostrarán imágenes que pueden generar enfado, miedo o asco. Primero se preguntará a los participantes si a ellos les genera alguna emoción. Posteriormente, junto con las imágenes, se presentarán fotografías con expresiones faciales de miedo, enfado y asco junto con las que se mostrará una frase: “esta persona siente miedo”, “esta persona siente enfado” ó “esta persona siente asco”. Los pacientes han de indicar qué fotografía es la que representa la emoción sobre la que se está preguntando (en la figura 12 se muestra un ejemplo). En la medida de lo posible se utilizarán imágenes distintas a las empleadas en las otras sesiones para poder valorar que los pacientes discriminan la emoción más que la fotografía específica que muestra esa emoción. Si se considera adecuado, pueden incluirse las expresiones del resto de emociones trabajadas (figura 9). Después que los pacientes hayan indicado qué persona creen que siente asco se les formulará la siguiente pregunta:

- ¿Qué crees que le está pasando a cada una de estas personas?

Una persona ve lo siguiente:



Esta persona siente asco.

¿De qué persona hablamos?



1



2



3

Figura 12: Ejercicio de discriminación de emociones.

Tareas entre sesiones:

- Identificar y registrar si han experimentado la emoción de asco y en qué situación o si han visto a alguien que la haya experimentado.

5.9.7. Sesión 7: sorpresa.

Objetivos:

- Revisar los conocimientos aprendidos en la cuarta sesión
- Aprender a identificar y comprender la emoción de sorpresa a través de:
 - La expresión facial de la emoción en las personas.
 - Su manifestación en diferentes contextos sociales.

Materiales:

- Ordenador y presentación de *power point*.
- Proyector.
- Cartel de Emociones.
- Pizarra y rotuladores de pizarra.

Tiempos orientativos:

- 10 minutos revisión de tareas.
- 30 minutos de trabajo de la emoción de sorpresa.
- 10 minutos cierre y mandar para tareas próximas sesiones.

Desarrollo de la sesión:

Se inicia la sesión comentando la tarea que tenían los pacientes. Se les pide que hablen sobre las situaciones que han apuntado que les generan asco. Se tratará de comprobar la adecuada comprensión de los contenidos y de resolver las dudas que puedan tener.

Tras revisar la tarea, se les explicará que en la sesión se trabajará la emoción de sorpresa. Se empleará el “Cartel de Emociones” para presentar la definición y la expresión facial de la emoción. Asimismo, se animará a los pacientes a que, si recuerdan algo sobre lo presentado acerca de esta emoción, lo comenten.

A continuación, se narrará una situación a través de imágenes donde una persona experimenta la emoción de sorpresa. Por ejemplo, puede ser la siguiente:

Víctor salió del trabajo y se dirigió a su casa, como cada día. Al entrar, estaban las luces apagadas. En cuanto encendió una luz, vio que en su salón estaban todos sus amigos sonriendo y tirando confeti. “¡Felicidades!” Gritaron todos al unísono. Víctor, que no se lo esperaba, se quedó con la boca abierta.

Pueden presentarse las imágenes de la figura 13 junto con la narración.



Figura 13. Imágenes que acompañan a la narración que ilustra la emoción de sorpresa.

A los pacientes se les plantearán una serie de preguntas (en la tabla 11 se muestra un ejemplo de diálogo):

- ¿Cómo crees que se siente Víctor?
- ¿Qué ves en su rostro que te hace pensar que siente sorpresa?
- ¿Por qué piensas que Víctor se siente así?
- ¿Cómo te hubieras sentido en una situación similar?
- ¿Cómo hubieras reaccionado?
- ¿Recordáis alguna situación en la que hayáis sentido sorpresa? ¿cómo reaccionasteis?

Tabla 11. Ejemplo de diálogo entre terapeuta y pacientes en relación a la emoción de sorpresa.

Terapeuta: *¿Sabríais decirme cómo se siente Víctor?*

Paciente (Juan): *Contento.*

Terapeuta: *Sí, es probable que esté contento. ¿Y justo en el momento en el que ve a sus amigos? ¿Cómo se sintió? Recordad que podéis ayudaros del Cartel de Emociones.* Paciente (Juan): *¡Ah! En el momento estaba sorprendido, ¿verdad?*

Terapeuta: *¡Eso es, Juan! ¡Muy bien! Estaba sorprendido, y ¿después? ¿cómo se puede sentir*

al ver que es una celebración y están sus amigos? Juan ha dicho que puede sentirse contento, ¿qué más?

Paciente (Laura): Pues a lo mejor está triste porque esos no son sus verdaderos amigos

Paciente (Luis): Si, o porque no está su mejor amigo.

Terapeuta: ¡Eso es! Muy bien visto Laura y Luis.

Después, se presentarán fotografías y dibujos de personas de distintas edades y sexos que muestren la emoción de sorpresa (figura 14). Los terapeutas señalarán los elementos que permiten identificar esta emoción y también la expresarán facialmente. También se animará a los pacientes a que intenten expresar facialmente la emoción fijándose en las imágenes. Se moldeará la actuación de los pacientes y se reforzará verbalmente a aquellos que lo hagan bien.

- Expresión facial de la sorpresa: arquear las cejas, abrir la boca y los párpados.

Se les explicará que la emoción de sorpresa puede aparecer ante situaciones que podríamos considerar como positivas o negativas. Asimismo, en ocasiones, puede aparecer junto a emociones de alegría o incluso miedo, lo que conlleva que sea una emoción difícil de identificar. Un ejemplo para trabajar en sesión puede ser el siguiente:

Juan necesita hacer la compra y acude a un cajero automático. Sin embargo, el cajero está averiado y además no tiene ningún otro cerca. Primero se sorprendió, pero esta sorpresa fue desagradable y posteriormente se sintió enfadado.

- ¿A alguno de vosotros le ha pasado algo parecido?
- ¿Alguna vez sentiste una emoción y al poco rato sentiste otra diferente al igual que Juan?

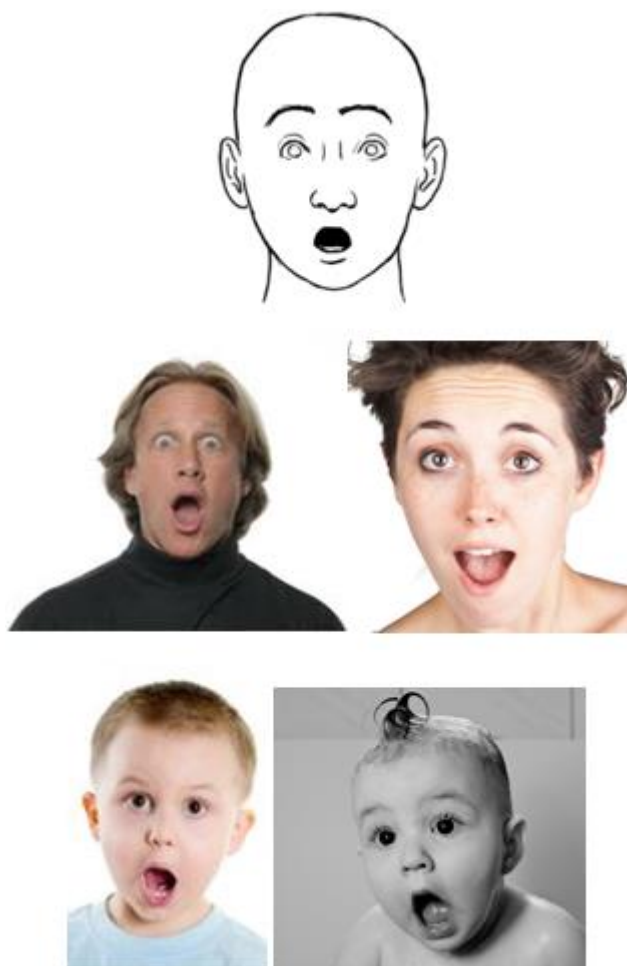


Figura 14: Imágenes que representan la expresión facial de la sorpresa.

Para finalizar, se proyectarán videos que tengan un final inesperado (por ejemplo, Mnac Avagyan, 2013). En el citado video, puede verse como un coche se dispone a aparcar de forma normal cuando, de pronto, se sale de la plaza de aparcamiento. Se pedirá a los participantes que se fijen qué emociones están sintiendo ellos e incluso qué emociones sienten los compañeros. Posteriormente, se pedirá a los pacientes que compartan sus emociones con el grupo.

5.9.8. Sesión 8: Integración de contenidos

Objetivos:

- Revisar los conocimientos aprendidos en las sesiones previas

Materiales:

- Ordenador y presentación de *power point*.
- Proyector.
- Fotografías de personas expresando emociones.

- Cartel de Emociones.
- Rotuladores
- Pizarra y rotuladores de pizarra
- Folios y lápices de colores
- *Tótem* y tarjetas de colores (opcional)

Tiempos orientativos:

- 10 minutos revisión de tareas.
- 30 minutos de trabajo con las emociones del programa.
- 10 minutos cierre del bloque de contenidos.

Desarrollo de la sesión:

Los primeros minutos de esta sesión se dedicarán a la revisión de la tarea. Se preguntará a los participantes por situaciones en las que hayan experimentado sorpresa. Se valorará también si sintieron otras emociones y se resolverán sus posibles dudas.

Posteriormente, se les explicará que en esta sesión se retomarán contenidos de todas las sesiones anteriores. En primer lugar, se les pedirá una actividad grupal. Los terapeutas entregarán al grupo diversas fotografías de personas expresando emociones facialmente (pueden ser las mismas fotografías empleadas a lo largo del programa y preferiblemente, otras diferentes). Se les entregarán carteles con el nombre de cada emoción trabajada y se les pedirá que pongan las fotografías con la emoción correspondiente. Se les dejará un tiempo para que discutan entre ellos y una vez hayan terminado, se comentará el resultado y se resolverán las dudas.

A continuación, se narrarán algunas situaciones sin proyectar ninguna imagen que muestre una expresión facial. Se les pedirá a los participantes que indiquen qué emoción creen que está sintiendo esa persona. Asimismo, han de señalar en el “Cartel de Emociones” o en los nuevos carteles qué expresión facial mostraría. También se les animará a expresar facialmente la emoción. Por ejemplo, algunas situaciones pueden ser las siguientes:

- *Ricardo llevaba toda la semana esperando que llegue el domingo porque juega su equipo favorito. Sin embargo, su equipo perdió. ¿Cómo crees que se siente Ricardo?*
- *A Manuel le han regalado su consola favorita. ¿Cómo crees que se siente Manuel?*

- *A Javier le acaban de decir que le despiden de su trabajo. ¿Cómo crees que se siente?*
- *Pedro ha salido a pasear con su perro pero éste se ha perdido. Pedro quiere mucho a su perro. ¿Cómo crees que se siente?*
- *Félix estaba caminando por el campo cuando de repente un enorme toro empezó a perseguirle. ¿Cómo crees que se sentía?*
- *Rafael estuvo dos horas esperando una cola para comprar unas entradas. Cuando le tocó a él, le dijeron que no le atendían porque tenían que cerrar. ¿Cómo crees que se sintió Rafael?*
- *Antonio fue a lavar unos pantalones y encontró un billete de 50 euros en uno de los bolsillos. ¿Cómo crees que se sintió?*

Se ha de recordar a los participantes que pueden ser válidas varias emociones, aunque siempre han de tratar de justificar sus respuestas. Mediante este ejercicio, los terapeutas podrán comprobar la adecuada comprensión de los contenidos del programa y resolver dudas en caso de que las haya.

Después, se les propondrán actividades lúdicas. Se les ofrecerán folios y lápices de colores y se les pedirá que dibujen la representación de una emoción. Pueden dibujar lo que deseen con los colores que elijan. Posteriormente, se les pedirá que compartan el dibujo con sus compañeros y con los terapeutas.

Como actividad opcional se les puede proponer que realicen el “*juego del tótem*”. Se les pedirá que se sienten alrededor de una mesa. En el centro de la mesa se colocará un *tótem* y se repartirán tarjetas a los participantes. Las tarjetas serán iguales por una cara, pero por la otra cara tendrán un color que puede variar. Los participantes han de ir sacando las tarjetas a la vez. Aquellos a los que les toque una tarjeta de color rojo, tendrán que ir a coger el *tótem*. Puede ocurrir que solo tenga que cogerlo un participante, o que sean varios y que se “peleen” por cogerlo antes. En este juego pueden aparecer emociones de alegría si se gana, y emociones de enfado si una persona no consigue coger *tótem* o se lo arrebatan. En estos casos, se les pedirá a los pacientes que informen acerca de las emociones que están experimentando.

Para finalizar, los terapeutas realizarán un resumen de las sesiones trabajadas y agradecerán a los pacientes su participación en las sesiones. Asimismo, resumirán brevemente los contenidos de las próximas sesiones.

6. Discusión.

Como hemos podido comprobar a lo largo del trabajo, la esquizofrenia es un trastorno para el cual no existe un claro consenso entre los distintos puntos de vista teóricos, ni en la explicación etiológica del trastorno ni en cuanto al abordaje terapéutico.

En referencia al comienzo del trabajo, donde hemos hablado de las distintas teorías etiológicas, las características clínicas, el curso y la epidemiología del trastorno, podemos concluir lo siguiente:

- La conceptualización actual de la esquizofrenia es notablemente diferente de la primera llevada a cabo por Kraepelin (Häfner, 2004). Ya existen diferentes propuestas para cambiar su denominación a otras como el “trastorno de ajuste” (Park y Friston, 2013). Por otro lado, hemos observado que la mayoría de las denominaciones de trastornos recogidos en el DSM-IV-TR (APA, 2001) que habían ido adquiriendo connotaciones negativas han cambiado su nomenclatura en el DSM-5 (APA, 2014). Por ejemplo, la Hipocondría ha pasado a llamarse Trastorno de Ansiedad por Enfermar. Actualmente, a nuestro parecer, oír el término “esquizofrénico” o “esquizofrenia” aún puede generar rechazo o incluso miedo en parte de la sociedad. Por lo tanto, no sería de extrañar que en futuras versiones del DSM, o incluso de la CIE, cambie la denominación del trastorno por otra que simplemente aluda a las dificultades de adaptación y funcionamiento que presentan los pacientes con esta enfermedad. El propio paciente, cuando es etiquetado con un diagnóstico como éste, también puede verse perjudicado tanto por el estigma social que puede generar como por las dudas y los pensamientos sobre qué supondrá para él este trastorno. Por lo tanto, el paciente también saldría beneficiado de un cambio en la denominación del mismo. No obstante, a largo plazo una educación y concienciación desde una temprana edad por parte de la sociedad acerca tanto de este trastorno como de los demás serían una mejor solución para paliar el estigma.
- Respecto a la etiología, como hemos comprobado, no existe actualmente una explicación unificada de las causas de la esquizofrenia. La mayoría de planteamientos, incluyendo la hipótesis del neurodesarrollo, la genética e incluso las teorías sistémicas (Cullin, 2006; Walker et al., 2010; Zai et al., 2017) acaban

por ser variantes de la teoría de vulnerabilidad- estrés. Las distintas teorías terminan por diferir fundamentalmente en los tipos de estresores o vulnerabilidades que consideran más importantes. En nuestra opinión, al igual que sostienen algunos autores (Harper et al., 2015; Núñez et al., 2014), la etiología de la esquizofrenia es multicausal. Por lo tanto, todas las variables deben tenerse en cuenta en su conjunto. De cara a la prevención del trastorno, debemos prestar especial atención a las personas que son vulnerables para así poder reducir los estresores que puedan desencadenar la enfermedad. Del mismo modo, deben fortalecerse los factores moduladores que pueden proteger frente al desarrollo de la enfermedad, como el apoyo social (DeVylder, 2014).

- En proporción a la reducida prevalencia mundial de la esquizofrenia (en torno al 1%; Núñez et al., 2014) resulta llamativo el gran interés y esfuerzo de investigación que la comunidad científica ha puesto con respecto a la misma. Las razones detrás de la gran cantidad de investigación puede que se encuentren en lo llamativo de su sintomatología y en lo gravemente afectado que se ve el paciente a nivel social y funcional.

Tras haber realizado la revisión de los estudios actuales que examinan los tratamientos para la esquizofrenia, podemos concluir lo siguiente:

La TCC cuenta con suficiente evidencia empírica (Dixón et al., 2010) y parece resultar eficaz fundamentalmente para los síntomas positivos como delirios y alucinaciones (Hofmann et al., 2012; Lincoln et al., 2012). Por tanto, resulta recomendable para abordar estos síntomas. Sin embargo, no es adecuado su uso para tratar la sintomatología negativa dado que los estudios revisados coinciden en señalar que la TCC no supone una mejora significativa sobre los mismos (Hofmann et al., 2012; Lincoln et al., 2012). Tampoco parece ser la mejor alternativa para la prevención de recaídas y los síntomas crónicos (Hofmann et al., 2012). Finalmente, la TCC se centra demasiado en los síntomas, descuidando la recuperación global del paciente y su ajuste a la vida real (Nowak et al., 2016). Por tanto, hasta que mejore este aspecto, la TCC debería complementarse con otros tratamientos como, por ejemplo, el EHS o las Intervenciones en Cognición Social para también abordar el aspecto social y funcional del paciente.

Con respecto a las disfunciones sociales del paciente esquizofrénico, como ya comentamos, están compuestos por déficits en la cognición social y en las competencias

sociales (Rus-Calafell et al., 2017). Las intervenciones en Cognición Social y los EHS abordan respectivamente cada uno de los mismos.

- Las Intervenciones en Cognición Social, por su parte, suponen mejoras significativas no sólo en los componentes de la cognición social (identificación de emociones, percepción social y ToM), sino en otras variables como el funcionamiento cognitivo o los síntomas negativos (Kurtz et al., 2016; Roberts et al., 2014). Podemos decir, por tanto, que son una buena opción de tratamiento no sólo para paliar los déficits en los procesos cognitivos relacionados con las interacciones sociales, sino también para lograr mejoras funcionales en el paciente a un nivel más global.
- Con respecto al EHS, parece mejorar significativamente las habilidades sociales teniendo efectos moderados sobre el resto de variables (Kurtz y Mueser, 2008) y es considerado con un alto nivel de evidencia (Lyman et al., 2014). No obstante, algunos estudios como el de Granholm et al. (2014) no encontraron una mejora significativa en la competencia social con el EHS. Este tipo de resultados discordantes recuerda al estudio de Roberts et al. (2014), donde una intervención de cognición social no obtuvo apenas mejoras en la misma pero sí en otras variables. Roberts et al. (2014) señalaban que quizás, las mejoras en cognición social requieran de un entrenamiento más intensivo y prolongado. Creemos que en la mejora de habilidades sociales también puede ocurrir esto, siendo además necesario una mayor orientación del tratamiento hacia la vida real. En cuanto a su efectividad para la prevención de recaídas, los síntomas psicóticos y la mejora de la calidad de vida, existen datos contradictorios (Lyman et al., 2014). Para mejorar las habilidades de la vida diaria, todo parece indicar que lo más efectivo es combinar EHS y Entrenamiento en Habilidades de la vida Diaria (Abersman y Logsdon, 2011). Finalmente, muy pocos estudios han encontrado mejoras en los síntomas negativos con el EHS (Granholm et al., 2014). Por tanto, al menos por el momento, es precipitado su recomendación para tratar dichos síntomas.

En referencia a las Terapias de Intervención Familiar, éstas parecen ser eficaces y efectivas y garantizan beneficios tanto para la familia como para el paciente (Palli et al. 2015; Onwumere, 2016). Su implementación en formato grupal resulta muy interesante y es recomendable por su eficiencia (se puede aplicar a un mayor número de

familiares a la vez). Además, se ha comprobado que mejora los síntomas depresivos en los familiares, alivia la carga y mejora la cohesión familiar (Palli et al. 2015). En cuanto a la correcta implementación de la Terapia Familiar, Onwumere (2016) pone de manifiesto que está siendo infrautilizada pese a los grandes beneficios que supone tanto para el paciente como para las familias. En nuestro caso, en la sanidad pública española, muchos profesionales se quejan de la falta de medios fundamentalmente por la reducida ratio entre psicólogos clínicos y pacientes a los que atender. En nuestra opinión, aumentar los medios y el número de profesionales de la salud formados en esta terapia puede ser un buen modo para comenzar a mejorar el acceso a este tipo de tratamientos.

En lo que respecta a la IPT, se considera una terapia con un alto nivel de evidencia (Lyman et al., 2014; Roder et al., 2011). Su abordaje global de paciente a través de los distintos módulos de la terapia parecen ser la clave de la mejora del paciente. Quizá este abordaje integral, que combina distintas terapias simultáneamente, sea el más completo si queremos que el paciente mejore a todos los niveles. También cabe destacar su formato de aplicación. La IPT se aplica tres veces por semana frente la sesión semanal que encontramos en la mayoría de las terapias que hemos revisado. La clave de los buenos resultados de la IPT puede estar en la combinación de ambos factores: abordaje global del paciente y formato intensivo. No obstante, cabe mencionar que en opinión de Vallejo (2012), la IPT mejora las variables cognitivas de forma significativa pero su efecto sobre las variables conductuales (e.g., habilidades de conversación) resulta inconsistente. En cualquier caso, en nuestra opinión la IPT supone una poderosa herramienta para abordar de manera global la sintomatología de la esquizofrenia. El gran apoyo empírico que acumula y el hecho de poder aplicar los módulos por separado si fuera necesario, la convierten en uno de los tratamientos disponibles más importantes para la esquizofrenia.

En referencia a la Rehabilitación Cognitiva, los datos parecen indicar que son una buena opción para intervenir sobre los déficits neurocognitivos que están detrás de la sintomatología negativa de los pacientes. Lyman et al. (2014) la considera con alto nivel de evidencia. Sin embargo, no olvidemos que otros autores no la consideran con suficiente evidencia (Dixon et al., 2010), no la mencionan como tratamiento bien establecido (Pérez, 2006) o consideran que existen datos contradictorios (Vallejo, 2012). La Rehabilitación Cognitiva presenta resultados prometedores para la mejora de los síntomas negativos que, como hemos podido comprobar, suelen ser los más difíciles

de tratar por parte de otras terapias. Todo parece que indicar que, pese a ello, aún son necesarios más estudios de eficacia y efectividad que confirmen estos hallazgos.

Por lo que respecta al Tratamiento Asertivo Comunitario, hemos visto que el paciente que más se beneficia de este tipo de terapia es aquel en riesgo social y con sucesivos ingresos hospitalarios (Dixon et al. 2010). Este tipo de tratamiento, refuerza el entorno del paciente con una atención global y continuada. Sin embargo, hemos comprobado que son pocos los estudios recientes sobre este tratamiento. Quizá el hecho de tener que contar con un equipo multidisciplinar a tiempo completo y la individualización y los medios que requiere hagan complicado la realización de estudios y su puesta en marcha en ámbito clínico. Además, está compuesto de varios elementos de intervención (como trabajo u hogar) y precisa de muchos profesionales trabajando simultáneamente. Por otra parte, la aplicación heterogénea del mismo, de forma similar a lo que ocurre en la aplicación de la Rehabilitación Cognitiva (Lyman et al., 2014), quizá hace difícil conocer los componentes activos del mismo y la realización de estudios de desmantelamiento. Parece necesaria una mayor estandarización en su aplicación, así como una mayor cantidad y calidad de estudios.

En cuanto a las Terapias de Tercera Generación, comentamos que acerca de la ACT para esquizofrenia apenas existen trabajos. El estudio que analizamos de Johns et al. (2016), mostró resultados positivos sobre el funcionamiento social y laboral, así como sobre la sintomatología ansiosa y depresiva. Sin embargo, este estudio presenta la limitación de ser intrasujeto, y el aprendizaje de los pacientes a lo largo de las distintas evaluaciones unido a la carencia de grupo control es algo que afecta a la validez del mismo. Los resultados son prometedores para la ACT en esquizofrenia. Sin embargo, aún se precisa de más estudios, en especial de estudios aleatorizados con grupo control, para contrastar estos resultados.

En referencia a la aplicación del *mindfulness* para la psicosis, la revisión que analizamos llevada a cabo por Aust y Bradshaw (2017) puso de manifiesto que el Tratamiento con Mindfulness puede suponer mejoras a nivel funcional, reducir los síntomas positivos, ingresos hospitalarios e incluso en los síntomas negativos. Sin embargo, del trabajo de Aust y Bradshaw (2017) también se desprende la gran diferencia existente entre los estudios tanto en la forma de definir el *mindfulness* como en la forma de evaluarlo. Esto indica la necesidad de un mayor acuerdo en su conceptualización antes de extraer conclusiones sobre la eficacia de este tratamiento

para la esquizofrenia. En cualquier caso, los resultados hallados indican que el Tratamiento con Mindfulness apunta a ser en el futuro una posible alternativa a los demás tratamientos disponibles. Estos resultados deberán contrastarse en próximos estudios aleatorizados con mayores muestras y una concepción homogénea tanto del *mindfulness* como de su evaluación.

Como se puede comprobar, resulta difícil recomendar un tratamiento concreto a nivel general para tratar la esquizofrenia. Más bien sabemos que para cada tipo de síntomas y problemas del paciente, ciertos tratamientos funcionan mejor que otros. También puede verse que los síntomas negativos son a menudo los más resistentes y que pocos tratamientos consiguen abordarlos de forma eficaz. Parece ser que, por el momento, el único tratamiento que aborda directamente los mismos es la Rehabilitación Cognitiva (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009) si bien hemos visto que otros como el EHS (Lyman et al., 2014), el Entrenamiento en Cognición Social (Roberts et al. (2014) o la IPT (Roder et al., 2011) también consiguen mejoras significativas. Como comentamos al hablar de la IPT de Roder et al. (1996), creemos que lo más eficaz puede ser seleccionar los componentes que mejor funcionan de cada tratamiento y aplicarlos de forma combinada en función de cada caso concreto.

A lo largo de las prácticas realizadas en el Hospital Doctor Rodríguez Láfora, hemos podido comprobar que trabajar con pacientes esquizofrénicos es más complejo de lo que suponen los distintos tipos de intervenciones. Resulta de vital importancia adaptar el tratamiento a cada caso en concreto y al nivel de gravedad del paciente, algo que, como hemos visto, no siempre se tiene en cuenta al aplicar los tratamientos. A partir de la experiencia en el prácticum, podemos decir que la mayoría de pacientes presentan una afectación muy grave. Creemos que precisamente a estos pacientes con más problemas de funcionamiento deberían ir dirigidas las intervenciones terapéuticas y es donde hay que hacer mayor énfasis.

Por otra parte, en el DSM- 5 (APA, 2014), hemos podido comprobar que han desaparecido los antiguos tipos de esquizofrenia a favor de un modelo más dimensional. En nuestra opinión, esto es debido a que, en cierto modo, no existen dos esquizofrénicos iguales. Es cierto que existen patrones de evolución de la enfermedad, como vimos al principio del trabajo. Sin embargo, factores como la combinación de síntomas que cada persona presenta, el comienzo del trastorno, su evolución a lo largo de la vida o si lleva o no varios años tomando medicación conlleva a que finalmente nos encontremos

pacientes muy diferentes entre sí. Además, como sabemos, el consumo prolongado de antipsicóticos produce efectos secundarios. En nuestra opinión, estos efectos secundarios acaban sumándose a la sintomatología y la composición del trastorno que el paciente presentaba de antemano, dando lugar a ciertas peculiaridades en cada persona que deben tenerse en cuenta.

Todo lo que hemos comentado acaba llevando a la misma conclusión: cada paciente es único y por tanto el tratamiento también debe serlo y adaptarse a cada persona específica. Sin embargo, en nuestra opinión, los medios de los que dispone el Sistema Nacional de Salud suelen hacer muy difícil esta tarea. Los tratamientos, al menos una vez el paciente ha llegado a la fase estable de la enfermedad, acaban siendo grupales, aplicando la misma intervención indistintamente. En términos de eficiencia, es difícil determinar cuál es la mejor opción de tratamiento en el caso de la Sanidad Pública. Siendo realistas, y contando con los medios de los que disponemos, quizá lo más adecuado sería combinar la intervención grupal con un seguimiento individual. O, por el contrario, realizar las intervenciones grupales prestando especial atención a las particularidades y la gravedad de cada persona. Creemos que el objetivo del tratamiento no debe ser simplemente que desaparezca la sintomatología y que el paciente deje de dar “problemas”. El objetivo debería ser que el paciente pueda ser funcional, que pueda valerse por sí mismo en su día a día. Es decir, que pueda llevar una vida lo más normal posible. Como hemos visto, al hablar de los Entrenamientos en Habilidades (Lyman et al., 2014; Roberts et al., 2014) y de los enfoques integrados como la IPT (Roder et al., 2011), si mejoramos los déficits y dotamos a la persona de las herramientas y habilidades adecuadas, obtendremos resultados satisfactorios. Y si, además, contamos con las mejoras en el ambiente cercano al paciente que proporcionan las Intervenciones Familiares, estaremos abordando el problema en su globalidad. Sin olvidar, por supuesto, el crecimiento y la mejora personal del paciente tal (Nowak et al., 2016).

Tras haber realizado la propuesta de intervención denominada Programa de Intervención en Cognición Social (PICOGS), podemos concluir lo siguiente:

Como sabemos, los déficits sociales son uno de los aspectos de la esquizofrenia más incapacitantes (Bliksted et al., 2017) y detrás de los mismos se encuentran los problemas en la cognición social (Rus-Calafell et al., 2017). La propuesta de intervención que hemos planteado aborda en profundidad uno de los componentes de la misma: la identificación, discriminación y comprensión de emociones. Se trabaja con la

expresión facial de las emociones básicas a lo largo de una serie de tareas en las que se van incluyendo diferentes contextos en los que una persona puede expresar cada emoción. Varias razones nos llevaron a elegir trabajar en profundidad la identificación y comprensión emocional. En primer lugar, comprobamos durante el prácticum que los pacientes del Hospital Dr. Rodríguez Láfora presentaban grandes problemas en este aspecto y no disponíamos de ningún programa que abordará estos déficits. En segundo lugar, a lo largo de la revisión bibliográfica, comprobamos que algunos estudios que emplean tratamientos muy completos de más de 20 sesiones no conseguían mejoras significativas en algunos de los componentes de la cognición social o de la competencia social (Granholm et al., 2014; Roberts et al., 2014). Entre ellos, estaba la percepción de expresiones faciales. Como se ha comentado, Roberts et al. (2014) suponían que el problema podía estar en haber intervenido sobre las emociones solo al principio del programa de modo que, cuando llegaba la evaluación post y el seguimiento, las mejoras se habían desvanecido. Nosotros pensamos que una solución a este problema era plantear un programa más sencillo, de 8 sesiones, pero que abordara de forma intensiva la percepción de expresiones faciales. Hipotetizamos que, si se trabaja con las emociones de forma más asequible, repetitiva y prolongada a lo largo de las sesiones, la adquisición de habilidades sería mayor. Bajo nuestro punto de vista, existe una descompensación entre la gravedad de los pacientes y lo que los programas de intervención actuales esperan de ellos. Creemos que el programa PICOGS que hemos propuesto se ajusta más a la realidad de las capacidades y necesidades que presentan los pacientes graves y de larga evolución.

Por supuesto, el PICOGS sólo es una propuesta de intervención y debe tenerse en cuenta esta condición en caso de aplicarse. Por otra parte, los instrumentos de evaluación que se han propuesto junto con el programa pueden servir de guía para realizar medidas pre y post y comprobar si se producen mejoras. No obstante, estos instrumentos sólo evalúan identificación y discriminación emocional. También sería interesante tomar alguna medida de funcionamiento global con instrumentos como la Escala de Funcionamiento Social Global (GSFS, Cornblatt et al., 2007) para comprobar si el PICOGS supone mejoras en este aspecto. En cualquier caso, resulta necesario comprobar la eficacia y efectividad de este programa en futuros estudios, con el fin de determinar si realmente funciona y se obtienen mejoras significativas en las variables mencionadas. Creemos que el PICOGS podría resultar, además, una herramienta

eficiente. Sin duda sus 8 sesiones pueden quedarse escasas si pretendemos mejoras globales en la cognición social. Sin embargo, si en el futuro se comprueba que supone mejoras en la percepción de expresiones faciales, puede suponer un buen punto de partida para trabajar el resto de componentes de la cognición social pero siempre manteniendo el entrenamiento de las habilidades emocionales aprendidas.

Para finalizar, podemos decir que la esquizofrenia es un trastorno complejo, del que existen muchas teorías explicativas y alternativas de tratamiento, pero del que aún nos faltan aspectos por conocer. No obstante, como hemos visto, los esfuerzos en la investigación van dando sus frutos y cada día que pasa el paciente está más cerca de poder recuperarse a un mayor nivel tanto funcional como de crecimiento personal. En este trabajo, aportamos la propuesta del PICOGS, un programa que esperamos suponga en el futuro un pequeño elemento más del que disponer a la hora de intentar conseguir que el paciente mejore y pueda llevar una vida lo más normal y feliz posible.

7. Referencias.

- Álvarez-Jimenez, M., Parker, A. G., Hetrick, S. E., McGorry, P. D., y Gleeson, J. F. (2011). Preventing the second episode: A systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 619–630.
- Altamura, A. C., Fagiolini, A., Galderisi, S., Rocca, P., y Rossi, A. (2015). Integrated treatment of schizophrenia. *Journal Of Psychopathology*, 21(2), 168-193.
- American Psychiatric Association (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (revisado 4^a ed)*. Madrid: Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5^o edición*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Arbesman, M., & Logsdon, D. W. (2011). Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: A systematic review. *American Journal Of Occupational Therapy*, 65(3), 238-246. doi:10.5014/ajot.2011.001289
- Arbesman, M., y Logsdon, D. W. (2011). Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: A systematic review. *American Journal Of Occupational Therapy*, 65(3), 238-246. doi:10.5014/ajot.2011.001289
- Aust, J., y Bradshaw, T. (2017). Mindfulness interventions for psychosis: A systematic review of the literature. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 24(1), 69-83. doi:10.1111/jpm.12357
- Barrowclough, C., Haddock, G., Lobban, F., Jones, S., Siddle, R., Roberts, C., y Gregg, L. (2006). Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia. Randomised controlled trial. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 189527-532.
- Bartholomeusz, C., Allott, K., Killackey, E., Liu, P., Wood, S., y Thompson, A. (2013). Social cognition training as an intervention for improving functional outcome in first episode psychosis: A feasibility study. *Early Intervention in Psychiatry*,

- Bateman, K., Hansen, L., Turkington, D., y Kingdon, D. (2007). Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suicide y Life-Threatening Behavior*, 37(3), 284-290.
- Bearden, C. E.,y Cannon, T. D. (2007). Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 688–702
- Bechi, M., Riccaboni, R., Ali, S., Fresi, F., Buonocore, M., Bosia, M., ... Cavallaro, R. (2012). Theory of mind and emotion processing training for patients with schizophrenia: Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 198(3), 371–377.
- Berkowitz, R.; Kuipers, E.; Eberlein-Vries, R.; & Leff, J. (1981) Lowering expressed emotion in relatives of schizophrenics. In M.J. Goldstein (Ed.), *New developments in interventions with families of schizophrenics* 27–48. San Francisco: Jossey-Bass.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., y Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853–859.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., y Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive- behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 350–356
- Bliksted, V., Videbech, P., Fagerlund, B., y Frith, C. (2017). The effect of positive symptoms on social cognition in first-episode schizophrenia is modified by the presence of negative symptoms. *Neuropsychology*, 31(2), 209-219. doi:10.1037/neu0000309
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal Of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214.

- Brown, K. W., Ryan, R. M., y Creswell, J. D. (2007). Mindfulness : Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237.
- Chadwick, P., Birchwood, M., y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, Inglaterra: Wiley.
- Chandler, D., Spicer, G., Wagner, M., y Hargreaves, W. (1999). Cost-effectiveness of a capitated assertive community treatment program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(4), 327
- Chien, W. T., y Thompson, D. R. (2014). Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *The British Journal Of Psychiatry*, 205(1), 52-59.
doi:10.1192/bjp.bp.113.134635
- Choi, J.H., Kim, J.H., Lee, J., & Green, M.F. (2009). Social cognition training for individuals with schizophrenia: A review of targeted interventions. *Clinical Psychopharmacological Neuroscience*, 7,29–38.
- Coldwell, C. M., y Bender, W. S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis. *The American Journal Of Psychiatry*, 164(3), 393-399.
doi:10.1176/appi.ajp.164.3.393
- Combs, D. R., Adams, S. D., Penn, D. L., Roberts, D., Tiegreen, J.,y Stem, P. (2007). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: Preliminary findings. *Schizophrenia Research*, 91, 112–116
- Combs, D. R., Penn, D. L., Wicher, M., y Waldheter, E. (2007). The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): A new measure for evaluating attributional biases in paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12, 128–143.
- Corcoran, R., Mercer, G., y Frith, C. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17, 5–13.
- Cornblatt, B. A., Auther, A. M., Niendam, T., Smith, C. W., Zinberg, J., Heinrichs, D.

- W., Hanlon, T. E., y Carpenter, W. T. (1984). The Quality of Life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 388–398.
- Cullin, J. (2006). Double Bind: Much More Than Just a Step 'Toward a Theory of Schizophrenia.'. *Australian And New Zealand Journal Of Family Therapy*, 27(3), 135-142. doi:10.1002/j.1467-8438.2006.tb00711.x
- Dekker, J., Wijdenes, W., Koning, Y. A., Gardien, R., Hermandes-Willenborg, L., & Nusselder, H. (2002). Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Mental Health Journal*, 38(5), 425-434.
- DeVylder, J. (2014). Maximizing benefits and minimizing risks in the primary prevention of schizophrenia. *Social Work*, 59(4), 363-365. doi:10.1093/sw/swu027
- Dickinson, D., Bellack, A. S., y Gold, J. M. (2007). Social/communication skills, cognition, and vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1213-1220. doi:10.1093/schbul/sbl067
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., y ... Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48-70. doi:10.1093/schbul/sbp115
- Edwards, A. C., Bacanu, S., Bigdeli, T. B., Moscati, A., & Kendler, K. S. (2016). Evaluating the dopamine hypothesis of schizophrenia in a large-scale genome-wide association study. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 136-140. doi:10.1016/j.schres.2016.06.016
- Ekman, P. (1992). Facial expressions of emotion: New Findings, New Questions. *Psychological Science* (0956-7976), 3(1), 34-38.
- Ekman, P., & Cordaro, D. (2011). What is meant by calling emotions basic. *Emotion Review*, 3(4), 364-370. doi:10.1177/1754073911410740
- Erol, A., Mete, L., Sonmez, I., & Unal, E. K. (2010). Facial emotion recognition in patients with schizophrenia and their siblings. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 64(1), 63-67. doi:10.3109/08039480903511399

- Fan, B. W. (2014). Measuring perceived expressed emotion of elderly with schizophrenia. *International Journal Of Mental Health*, 43(2), 3-16. doi:10.2753/IMH0020-7411430201
- Fowler, D., Garety, P., y Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester, Inglaterra: Wiley.
- Gaudiano B.A. y Herbert J.D. (2006) Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behaviour Research and Therapy* 44, 415–437.
- Gil-Sanz, D., Fernández-Modamio, M., Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., & Pérez- Fuentes, G. (2014). Efficacy of the Social Cognition Training Program in a sample of schizophrenic outpatients. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 1–27
- Granholm, E., Holden, J., Link, P. C., y McQuaid, J. R. (2014). Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: Improvement in functioning and experiential negative symptoms. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 82(6), 1173-1185. doi:10.1037/a0037098
- Greenwood, T. A., Light, G. A., Swerdlow, N. R., Calkins, M. E., Green, M. F., Gur, R. E., & ... Braff, D. L. (2016). Gating deficit heritability and correlation with increased clinical severity in schizophrenia patients with positive family history. *The American Journal Of Psychiatry*, 173(4), 385-391. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15050605
- Häfner, H. (2004). Schizophrenia: Still Kraepelin's Dementia Praecox?. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 13(2), 99-112. doi:10.1017/S1121189X00003328
- Hamernik, E., y Pakenham, K. I. (1999). Assertive community treatment for persons with severe mental disorders: A controlled treatment outcome study. *Behaviour Change*, 16(4), 259-268. doi:10.1375/bech.16.4.259
- Harper, S., Towers-Evans, H., & MacCabe, J. (2015). The aetiology of schizophrenia: What have the Swedish Medical Registers taught us?. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 50(10), 1471-1479. doi:10.1007/s00127-015-1081-7
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and

- active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 7141-168.
doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
- Healey, K. M., Combs, D. R., Gibson, C. M., Keefe, R. S., Roberts, D. L., y Penn, D. L. (2015). Observable Social Cognition—A Rating Scale: An interview-based assessment for schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 20(3), 198-221.
doi:10.1080/13546805.2014.999915
- Herrmann, E. (2013). Improving social cognition in schizophrenia: A pilot intervention combining computerized social cognition training with cognitive remediation.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy And Research*, 36(5), 427-440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- Horan, W. P., Kern, R. S., Tripp, C., Helleman, G., Wynn, J. K., Bell, M. D., ... Green, M. F. (2011). Efficacy and specificity of social cognitive skills training for outpatients with psychotic disorders. *Journal of Psychiatry Research*, 45, 1113–1122.
- Jiménez, L., Martínez, A., Portillo, J., Villena, A. (2016). *Manual de Tratamientos Psicológicos*. Madrid, España: APIR.
- Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., & ... Morris, E. J. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The ‘ACT for life’ study. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 50257-263. doi:10.1016/j.jbtep.2015.10.001
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 10(2), 144-156.
doi:10.1093/clipsy/bpg016
- Kay, S. R., Fiszbein, A., y Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261–276.
doi:10.1093/schbul/13.2.261
- Kerr, S. L., & Neale, J. M. (1993). Emotion perception in schizophrenia: Specific deficit

- or further evidence of generalized poor performance?. *Journal Of Abnormal Psychology*, 102(2), 312-318. doi:10.1037/0021-843X.102.2.312
- Khandaker, G. M., Zimbron, J., Lewis, G., & Jones, P. B. (2013). Prenatal maternal infection, neurodevelopment and adult schizophrenia: A systematic review of population-based studies. *Psychological Medicine*, 43(2), 239-257. doi:10.1017/S0033291712000736
- Kingdon, D. G., y Turkington, D. (2004). *Cognitive therapy of schizophrenia*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Kohler, C. G., Anselmo-Gallagher, G., Bikler, W., Karlawish, J., Gur, R. E., y Clark, C. M. (2005). Emotion-discrimination deficits in mild Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 926–933
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Suppl1), S12-S23. doi:10.1093/schbul/sbl023
- Kurtz, M. M., & Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 76(3), 491-504. doi:10.1037/0022-006X.76.3.491
- Kurtz, M. M., & Richardson, C. L. (2012). Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 1092-1104. doi:10.1093/schbul/sbr036
- Kurtz, M. M., Gagen, E., Rocha, N. B., Machado, S., y Penn, D. L. (2016). Comprehensive treatments for social cognitive deficits in schizophrenia: A critical review and effect-size analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 4380-89. doi:10.1016/j.cpr.2015.09.003
- Kurtz, M. M., y Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 76(3), 491-504. doi:10.1037/0022-006X.76.3.491
- Lehman, A. F., Dixon, L., Hoch, J. S., Deforge, B., Kernan, E., & Frank, R. (1999). Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of*

Mental Science, 174346-352.

- Lemos, S., Fonseca, E., Paino, M., Vallina, O. (2015). *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Liberman, R. P. (2007). Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled. *Journal Of Mental Health*, 16(5), 595-623. doi:10.1080/09638230701494902
- Liebson, L. (2013). Actualidad de la psiquiatría clásica. En *Psicopatología: clínica y ética. De la psiquiatría al psicoanálisis*. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2013.
- Lincoln, T. M., Ziegler, M., Mehl, S., Kesting, M., Lüllmann, E., Westermann, S., y Rief, W. (2012). Moving from efficacy to effectiveness in cognitive behavioral therapy for psychosis: A randomized clinical practice trial. *Journal Of Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). Clasificación Internacional de Enfermedades*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1992.
- Lindenmayer, J., McGurk, S. R., Khan, A., Kaushik, S., Thanju, A., Hoffman, L., & ... *Schizophrenia Bulletin*, 39(3), 507-517. doi:10.1093/schbul/sbs120
- Maatz, A., & Hoff, P. (2014). The birth of schizophrenia or a very modern Bleuler: A close reading of Eugen Bleuler's 'Die Prognose der Dementia praecox' and a re-consideration of his contribution to psychiatry. *History Of Psychiatry*, 25(4), 431-440. doi:10.1177/0957154X14546606
- Mazza, M., Lucci, G., Pacitti, F., Pino, M. C., Mariano, M., Casacchia, M., y Roncone, R. (2010). Could schizophrenic subjects improve their social cognition abilities only with observation and imitation of social situations? *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(5), 675-703.
- McFarlane, W. R., Dushay, R. A., Deakins, S. M., Stastny, P., Lukens, E. P., Toran, J., & Link, B. (2000). Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 70(2), 203-214. doi:10.1037/h0087819
- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *The American Journal Of Psychiatry*, 164(12), 1791-1802.

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- Mnac Avagyan (2013). *Funny car parking with an unexpected stupid car crash video [Video]*. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=yqkNwK7uviA>
- Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., & Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 9465-497. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620
- Núñez, J., Ruiz, M., Meana, R., Jódar, R. (2014). *Sufrir Esquizofrenia*. Madrid, España: Grupo 5.
- Ojeda, N., Peña, J., Sánchez, P., Bengoetxea, E., Elizagárate, E., Ezcurra, J., y Fraile, M. G. (2012). Efficiency of cognitive rehabilitation with REHACOP in chronic treatment resistant Hispanic patients. *Neurorehabilitation*, 30(1), 65-74.
- Oliver, J., Morris, E. M., Johns, L., & Byrne, M. (2011). *ACT for life: Group intervention for psychosis manual*.
- Onwumere, J., Grice, S., & Kuipers, E. (2016). Delivering cognitive-behavioural family interventions for schizophrenia. *Australian Psychologist*, 51(1), 52-61. doi:10.1111/ap.12179
- Palli, A., Kountourou, K., Richardson, C., & Economou, M. P. (2015). Effects of group psychoeducational intervention for family members of people with schizophrenia spectrum disorders: Results on family cohesion, caregiver burden, and caregiver depressive symptoms. *International Journal Of Mental Health*, 44(4), 277-289. doi:10.1080/00207411.2015.1076291
- Patterson, T. L., Moscona, S., McKibbin, C. L., Davidson, K., y Jeste, D. V. (2001). Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 351-360.
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2001). How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophrenia Research*, 49(3), 269-285. doi:10.1016/S0920-9964(00)00071-2

- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (2006). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., y Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Systematic Reviews, (12), CD000088, doi:10.1002/14651858.CD000088.pub2
- Real Madrid Spain (2017). *James Rodriguez se enfada con Zidane al ser sustituido vs Leganes [Video]*. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=_LjwvDnFuIg
- Roberts, D. L., Combs, D. R., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B., y Penn, D. L. (2014). A randomized, controlled trial of social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *British Journal Of Clinical Psychology*, 53(3), 281-298. doi:10.1111/bjc.12044
- Roberts, D. L., Combs, D. R., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B., y Penn, D. L. (2014). A randomized, controlled trial of social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *British Journal Of Clinical Psychology*, 53(3), 281-298. doi:10.1111/bjc.12044
- Roberts, D. L., Penn, D. L., Labate, D., Margolis, S., y Sterne, A. (2010). Transportability and feasibility of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) in community settings. *Behavioural y Cognitive Psychotherapy*, 38,35–47. doi:10.1017/S1352465809990464
- Roberts, D. L., Penn, D. L., y Combs, D. R. (2016). Social cognition and interaction training (SCIT): Group psychotherapy for schizophrenia and other psychotic disorders: Clinician guide. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Roberts, D. L., y Penn, D. L. (2009). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Psychiatry Research*, 166, 141–147.
- Roder, V., Mueller, D. R., & Schmidt, S. J. (2011). Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update.

- Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T., & Brenner, H. D. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective?. *Schizophrenia Bulletin*, 32 Suppl 1S81-S93.
- Roder, V., Brenner, H., Hodel, B. (1996). *Terapia Integrada de la Esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- Roisko, R., Wahlberg, K. E., Miettunen, J., & Tienari, P. (2014). Association of parental Communication Deviance with offspring's psychiatric and thought disorders. A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 29(1), 20-31. doi:10.1016/j.eurpsy.2013.05.002
- Rudnick, A., & Lundberg, E. (2012). The stress-vulnerability model of schizophrenia: A conceptual analysis and selective review. *Current Psychiatry Reviews*, 8(4), 337-341. doi:10.2174/157340012803520450
- Ruggeri, M., Bonetto, C., Lasalvia, A., Fioritti, A., de Girolamo, G., Santonastaso, P., y ... Meneghelli, A. (2015). Feasibility and effectiveness of a multi-element psychosocial intervention for first-episode psychosis: Results from the cluster-randomized controlled GET UP PIANO trial in a catchment area of 10 million inhabitants. *Schizophrenia Bulletin*, 41(5), 1192-1203. doi:10.1093/schbul/sbv058
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Ribas-Sabaté, J., y Lemos-Giráldez, S. (2014). Social skills training for people with schizophrenia: What do we train?. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica Y De La Salud*, 22(3), 461-477.
- Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff, K., & ... Copolov, D. (2012). A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research And Therapy*, 50(2), 110-121. doi:10.1016/j.brat.2011.11.007
- Sota, S.; Shimodera, S.; Kii, M.; Okamura, K.; Suto, K.; Suwaki, M.; Fujita, H.; Fujito, R.; & Inoue, S. (2008) Effect of a family psychoeducational program on relatives of schizophrenia patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62,

- Tas, C., Danaci, A. E., Cubukcuoglu, Z., y Brune, M. (2012). Impact of family involvement on social cognition training in clinically stable outpatients with schizophrenia—A randomized pilot study. *Psychiatry Research*, 195, 32–38. doi:10.1016/j.psychres.2011.07.031
- Thomas, B., Ciliska, D., Dobbins, M., y Micucci, S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 1(3), 176-184.
- Thomas, N., Shawyer, F., Castle, D. J., Copolov, D., Hayes, S. C., & Farhall, J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: Study protocol. *BMC Psychiatry*, 14
- Torres, B., Rodríguez, P., Tajima, P. (2016). *Manual de Psicología Clínica (Tomo 1)*. Madrid, España: APIR.
- Tracy, J. L., & Randles, D. (2011). Four models of basic emotions: A review of Ekman and Cordaro, Izard, Levenson, and Panksepp and Watt. *Emotion Review*, 3(4), 397-405. doi:10.1177/1754073911410747
- Tungpunkom, P., & Nicol, M. (2008). Life skills programmes for chronic mental illnesses. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (2), CD000381. doi:10.1002/14651858.CD000381.pub2
- Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T. E., Nur, U., Siddle, R., y ... Kingdon, D. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 1-7.
- Valencia, M. (2012). *Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia*. Colonia Roma Sur, México: Herder.
- Vallejo, M. A. (2012). *Manual de Terapia de Conducta, vol.II*. Madrid: Dykinson.
- Vida Blaugrana (2017). *Enfado tremendo de Luis Enrique con periodista de TV3 [Video]*. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=IVrdzlp_ppc

- Walker, E., Shapiro, D., Esterberg, M., & Trotman, H. (2010). Neurodevelopment and schizophrenia: Broadening the focus. *Current Directions In Psychological Science*, 19(4), 204-208. doi:10.1177/0963721410377744
- White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., & Mitchell, G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research & Therapy*, 49(12), 901-907. doi:10.1016/j.brat.2011.09.003
- Wojtalik, J. A., Hogarty, S. S., Cornelius, J. R., Phillips, M. L., Keshavan, M. S., Newhill, C. E., & Eack, S. M. (2016). Cognitive enhancement therapy improves frontolimbic regulation of emotion in alcohol and/or cannabis misusing schizophrenia: A preliminary study. *Frontiers In Psychiatry*, 6 doi:10.3389/fpsyt.2015.00186
- Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., Surguladze, S., Fannon, D., y Landau, S. (2005). What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophrenia Research*, 77(2-3), 201-210. doi:10.1016/j.schres.2005.03.013
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. *American Journal Of Psychiatry*, 168(5), 472-485. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10060855
- Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., Everitt, B., Knapp, M., Patel, A., y Romeo, R. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 190, 421–7.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523-537. doi:10.1093/schbul/sbm114
- Yamaguchi, H.; Takahashi, A.; Takano, A.; & Kojima, T. (2006) Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 590–597.
- Ye, J., Chen, T. F., Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A., & O'Reilly, C. L. (2016). Stigma and discrimination experienced by people living with severe

and persistent mental illness in assertive community treatment settings.

International Journal Of Social Psychiatry, 62(6), 532-541.

doi:10.1177/0020764016651459

Zai, G., Robbins, T. W., Sahakian, B. J., & Kennedy, J. L. (2017). A review of molecular genetic studies of neurocognitive deficits in schizophrenia.

Neuroscience And Biobehavioral Reviews, 7250-67.

doi:10.1016/j.neubiorev.2016.10.024

Ziguras, S. J., y Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51(11), 1410-

1421. doi:10.1176/appi.ps.51.11.1410